



Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia

Marco António Ferreira Ramos

Análise das Características Psicométricas
da Versão Portuguesa do *Working Alliance
Inventory - Short Revised*



Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia

Marco António Ferreira Ramos

Análise das Características Psicométricas
da Versão Portuguesa do *Working Alliance
Inventory - Short Revised*

Tese de Mestrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia Clínica

Trabalho efectuado sob a orientação do
Professor Doutor Paulo P. Machado

Julho de 2008

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ____/____/____

Assinatura: _____

Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia

Marco António Ferreira Ramos

**Análise das Características Psicométricas da Versão
Portuguesa do *Working Alliance Inventory – Short Revised***

Tese de Mestrado em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica

Trabalho realizado sob orientação do Professor Doutor Paulo P. Machado

Julho/2008

Agradecimentos

O meu primeiro agradecimento é dirigido ao Professor Doutor Paulo P. Machado, meu orientador. Antes de mais, agradeço – reconhecido – a generosidade com que me distinguiu, ao partilhar comigo um desejo investigacional seu, bem como a confiança que depositou em mim para o concretizar, no âmbito do meu plano de estudos de mestrado. Ter sido orientando seu foi uma oportunidade não só para confirmar a valia do seu estatuto teórico e metodológico, mas inclusivamente para me surpreender com a dimensão dos seus conhecimentos e o domínio que detém do campo de estudo da psicoterapia em geral, e da relação terapêutica em particular. Mas o gosto maior, e o correspondente maior agradecimento, reside na sua atitude para comigo. O Professor Paulo Machado ofereceu-se a mim como um psicoterapeuta: tanto me deu liberdade para realizar as minhas aprendizagens por mim próprio, como, quando eu necessitava, estava presente para desbloquear com segurança e agilidade as minhas ignorâncias, dúvidas e angústias. Para mim, a sua orientação foi uma oportunidade de enriquecimento pessoal.

Agradeço à Professora Doutora Carla Martins a inestimável colaboração na análise estatística dos dados. O seu apoio transmitiu-me, em todos os momentos, uma grande confiança e segurança. Para mais, foi sempre de uma solicitude e de uma disponibilidade excepcionais, corporalizando o exemplo acabado do que é a cooperação académica e universitária, em concreto no plano da investigação inserida nos curricula pós-graduados. Agradeço-lhe não apenas a ajuda, mas sobretudo o facto de, nela, eu ter conhecido mais uma pessoa boa e generosa.

Agradeço imenso a todos os meus colegas, muitos deles anónimos, que passaram o questionário aos seus clientes e utentes; sem eles, este estudo não teria decorrido com a desenvoltura que tanto facilitou a recolha de dados. Em especial, agradeço aos meus colegas (e amigos) que serviram de *pivots* na distribuição e recolha dos questionários pelos seus colegas e serviços. Entre uns e outros, e sem desfazer a contribuição prestimosa daqueles que ficam por

nomear, cumpre-me destacar o papel crucial dos meus colegas, psicólogos e psicoterapeutas, Dr.^a Margarida Robalo (obrigado pelo entusiasmo!), Dr.^a Alzira Albuquerque, Dr.^a Joana Silvestre, Dr.^a Alexandra Albuquerque, Dr. Daniel Rijo, Dr. Nuno Oliveira, e Dr. Pedro Laja.

O agradecimento essencial vai para todas as pessoas anónimas, clientes e utentes de psicoterapia, que colaboraram neste estudo. Na sua participação residiu a essência da investigação realizada. Sem elas, pura e simplesmente, o estudo não teria sido possível. Bem-hajam!

Agradeço ainda a várias pessoas o apoio moral que me foram dando (como a Professora Doutora Margarida Pedroso Lima, como sempre!), e até o apoio instrumental pontual (como foi o caso dos Dr. João Carlos Lopes e Dr. António Leitão, com a facilitação no acesso a referências bibliográficas).

Agradeço à Rute, minha mulher, o inestimável apoio que me deu, o inexcedível esforço que fez para me oferecer o tempo necessário para os trabalhos que a redacção desta dissertação exigiram. Este agradecimento estende-se não só aos meus filhos (naturalmente), mas também aos meus sogros e cunhados, e em especial à Maria José, por ser inesgotável em generosidade. A todos, o meu agradecimento reconhecido pelo apoio, pela valiosa retaguarda que são. Mais do que o profundo agradecimento, devo à Rute um enorme pedido de desculpas pela minha temporária demissão da vida conjugal e familiar, pela minha pouca disponibilidade emocional, falta de paciência, irritabilidade e ocasionais explosões despoletadas pela tensão que deixei acumular. Este pedido de desculpas estende-se naturalmente aos meus filhos, que compreendiam menos o meu estado, sobretudo na recta final da redacção da tese, porque, para eles, não fazia sentido o que eu andava a fazer. À Mafalda posso dizer, finalmente, que já acabei o mestrado. Ao Vicente, dedico este texto, em homenagem ao muito que tenho aprendido com ele acerca do que deve ser verdadeiramente essencial em qualquer “relação terapêutica”.

Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do *Working Alliance Inventory – Short Revised*

Resumo

A relação terapêutica é um elemento essencial da psicoterapia, e um dos mais consensuais ingredientes comuns às diferentes abordagens terapêuticas. A investigação empírica tem demonstrado sistematicamente uma associação positiva entre a relação terapêutica e os resultados da terapia, sugerindo que na prática clínica os psicoterapeutas invistam na formação e manutenção de boas alianças com os clientes.

Embora não exista uma definição universalmente aceite da relação terapêutica, o modelo pan-teórico de Bordin (1979) é aquele que tem gerado maior consenso. Este autor designa a relação entre o terapeuta e o cliente como aliança terapêutica, e define-a como uma relação de colaboração mútua, marcada por concordâncias entre ambos e constituída por três dimensões: vínculos, objectivos e tarefas. Foi com base neste modelo que Horvath e Greenberg (1989) desenvolveram o *Working Alliance Inventory* (WAI), um dos instrumentos de avaliação da qualidade da aliança terapêutica mais utilizados na investigação. Recentemente, Hatcher e Gillaspy (2006), ao reproduzir análises factoriais com padrões metodológicos mais controlados, propuseram uma versão revista do formato reduzido do inventário (*Working Alliance Inventory – Short Revised*; WAI-SR).

No presente estudo, examinamos as propriedades psicométricas do WAI-SR numa amostra portuguesa (N=195), com o objectivo de analisar a estrutura factorial do mesmo e de disponibilizar esta nova versão para a investigação em Portugal. Os dados relativos à sensibilidade dos itens, à estrutura factorial e à consistência interna oferecem segurança quanto à qualidade psicométrica do instrumento, o que avaliza a sua utilização em estudos empíricos nacionais. Relativamente à estrutura factorial, e ao contrário do esperado, os resultados revelaram duas dimensões, uma relativa aos vínculos, e outra às tarefas e objectivos. Este dado acrescenta um argumento a favor da discussão da estrutura factorial do instrumento e, por analogia, das dimensões do conceito de aliança terapêutica.

Psychometric Properties Analysis of the Portuguese Version of the Working Alliance Inventory – Short Revised

Abstract

The therapeutic relationship is an essential element of psychotherapy, and one of the most consensual common ingredients to different therapeutic approaches. Empirical research has systematically shown a positive association between therapeutic relation and therapy outcomes, suggesting that psychotherapists in clinical practice should invest in the formation and maintenance of good alliances with their clients.

Although there is no universally accepted definition of the therapeutic relationship, the pan-theoretical model proposed by Bordin (1979) is the one that has grasped broader consensus. He defines the therapist-client relationship as a working alliance, and conceptualizes it as a mutual collaboration, characterized by agreements between both partners across three dimensions: bonds, tasks, and goals. Based on this model, Horvath and Greenberg (1989) developed the Working Alliance Inventory, one of the most used instruments in research. Recently, Hatcher and Gillaspy (2006), by reproducing factor analysis according to more controlled methodological standards, proposed a revised short form of the inventory (Working Alliance Inventory – Short Revised; WAI-SR).

In this study, we examine the WAI-SR psychometric properties on a Portuguese sample (N=195), with the aims of analysing its factor structure and to make available this new version for research in Portugal. The data on item sensitivity, factor structure, and internal consistency offers adequate reliability about its psychometric quality, thus assuring its use in national empirical studies. The results about the factorial structure, in contrast with our expectations, bared two dimensions, one relative to bonds, and the other relative to tasks and goals. This fact comes in line with the discussion about the instrument's factor structure, and, by analogy, about the dimensionality of the working alliance concept.

Índice

Introdução	1
I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
1. Psicoterapia e relação terapêutica	9
2. Impacto da relação terapêutica nos resultados da terapia	18
2.1. Curso e evolução da aliança terapêutica ao longo da psicoterapia	24
2.2. Factores que influenciam a qualidade da aliança terapêutica	30
2.3. Acção da aliança terapêutica	38
3. Desenvolvimento do conceito de relação terapêutica	47
3.1. Antecedentes históricos e teóricos do conceito de aliança terapêutica	48
3.1.1. Contribuições da psicanálise	50
3.1.2. Contribuições da terapia centrada no cliente	56
3.1.3. Contribuições da teoria da influência social	61
3.2. Modelo pan-teórico da aliança terapêutica de Edward Bordin	63
4. Avaliação da aliança terapêutica	71
4.1. Instrumentos para avaliação empírica da qualidade da aliança terapêutica	71
4.1.1. Relationship Inventory (RI)	72
4.1.2. Escalas de Vanderbilt: VPPS e VTAS	73
4.1.3. Counselor Rating Scale (CRS)	74
4.1.4. Penn Helping Alliance Questionnaire (HAq)	74
4.1.5. California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS)	75
4.1.6. Agnew Relationship Measure (ARM)	76
4.2. Construção e desenvolvimento do Working Alliance Inventory (WAI)	78
4.2.1. Desenvolvimento do Working Alliance Inventory, Short (WAI-S)	80
4.2.2. Estrutura factorial do WAI e do WAI-S	82
4.2.3. Desenvolvimento do Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR)	84
4.3. Alguns aspectos metodológicos relativos à avaliação psicométrica da aliança terapêutica	86
II. ESTUDO EMPÍRICO	91
1. Metodologia	93
1.1. Objectivos do estudo	93
1.2. Instrumento	94
1.3. População e procedimento de recolha de dados	95
1.4. Caracterização da amostra	97
1.4.1. Dados sócio-demográficos	97
1.4.2. Dados diagnósticos	97
1.4.3. Dados relativos às psicoterapias	99
1.4.4. Dados relativos à orientação teórica das psicoterapias	100
1.4.5. Dados relativos aos terapeutas	101
1.4.6. Dados relativos ao preenchimento do questionário	102
2. Resultados	103
2.1. Sensibilidade dos itens do IAT-RR	103
2.2. Validade de constructo do IAT-RR	104
2.2.1. Adequação da amostra e teste de validade da análise factorial	104
2.2.2. Análise factorial	104
2.3. Fidelidade do IAT-RR	107
3. Discussão dos Resultados	109
Conclusão	118
Bibliografia	119

Índice de Quadros

Quadro I. 4.1.: Escalas de aliança terapêutica.....	77
Quadro II.2.1.: Valores de frequência das respostas aos itens.....	103
Quadro II.2.2.: Análise Factorial do IAT-RR.....	105
Quadro II.2.3.: Análise Factorial do IAT-RR, forçando três factores.....	106
Quadro II.2.4.: Comparação dos valores de consistência interna do IAT-RR em diferentes estruturas factoriais.....	107
Quadro II.2.5.: Médias e Desvios-Padrão dos itens do IAT-RR.....	108
Quadro II.3.1.: Distribuição dos itens da WAI-SR/IAT-RR por factores.....	113

Introdução

A prática da psicoterapia é apaixonante.

Para nós, é talvez a profissão mais intrinsecamente humana que possa existir – a “oficina” é o encontro social numa sala confortável e tranquila, a “matéria-prima” é uma pessoa e a sua história, a “ferramenta” é a palavra e o ritual, e o “produto” é a mudança pessoal. É uma profissão que assenta na mais elevada das actividades humanas – *comunicar* –, e que trabalha com algumas das vivências humanas mais pungentes – *sofrimento, mal-estar, aflição, desespero, desmoralização*. É uma profissão que evoca algumas das demandas mais ancestrais da humanidade – *auto-conhecimento, benevolência na relação com o próprio, os outros e o mundo* –, e que procura produzir alguns dos feitos mais humanistas e humildemente grandiosos dos homens – *aprendizagem, mudança e crescimento pessoal*. A prática da psicoterapia é apaixonante por transbordar de humanidade.

Na sua essência, a psicoterapia é uma profissão de encontro e relação entre pessoas. Se calhar, o que há de mais humano na humanidade dos homens, é a relação entre eles. E a psicoterapia vive e sobrevive nessa relação: em primeiro lugar, porque a *relação humana* condensa a humanidade dos homens; em segundo lugar, porque a psicoterapia só funciona porque a utiliza – e é assim que essa *relação* passa a ser *terapêutica*. A prática da psicoterapia é apaixonante por causa dos “efeitos curativos de uma relação humana benigna” (Strupp, 1998, p.22). Neste encontro humano terapêutico (Safran e Muran, 2000a), o psicoterapeuta oferece-se ao cliente¹ como “um outro eu – um *alter ego* das suas próprias atitudes e sentimentos – uma oportunidade segura (...) para se discernir mais claramente, de se experimentar a si próprio de uma forma mais verdadeira e mais profunda, de escolher mais significativamente” (Rogers, 1974, p.48). De novo, a decisiva importância do encontro humano: aos olhos do cliente, o terapeuta é a base segura (Bowlby, 1992) a partir da qual ele se explora a si mesmo e ao mundo; a partir da qual,

¹ Ao longo do texto, referimo-nos às pessoas que fazem psicoterapia como “clientes” (ou “utentes”, se a sua psicoterapia for num serviço público). Utilizaremos o termo “paciente”, ou outros em sua substituição, apenas quando no contexto de uma citação, ou no respeito pela terminologia de determinados autores.

nessas explorações, o cliente se transforma. Assim se opera a mudança do cliente.

A mudança é outra das razões pelas quais a psicoterapia é apaixonante. Porém, “o processo da terapia é esboçado não para mudar pacientes mas para ajudar os pacientes a mudar-se a si próprios” (Strupp & Butler, 1990, p.3). Como é que se faz para levar os outros a mudar por si próprios? Criando oportunidades que lhes permitam realizar aprendizagens. Na realidade, a psicoterapia é um processo de aprendizagem que resulta na mudança pessoal, seja ela uma redução sintomática, uma alteração de comportamentos, ou uma transformação na expressão da personalidade. Esta aprendizagem é poderosa, não só pela sua dimensão², mas sobretudo pelo seu conteúdo: novas formas de ler o mundo, novos comportamentos e atitudes, novas estratégias de *coping*, novas significações; no limite, um novo Eu. Na terapia como processo de aprendizagem, “pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida”, o que pressupõe “uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo” (Rogers, 1980, p.43). Neste encontro humano excepcional, a palavra assume um lugar central enquanto precipitante de aprendizagens e, por essa via, agente da mudança. Desde logo, e sendo a realidade uma construção discursiva ou dialógica (Salgado & Gonçalves, 2007), é a palavra que, “fazendo” o discurso e o diálogo, “faz” a realidade. Para além disto, a palavra condensa a história do cliente, o aqui-e-agora do encontro terapêutico, e a possibilidade de um novo futuro. No texto feito pelas palavras do cliente – e mais ainda, nos sub-textos que elas deixam entrever – o terapeuta acede às suas significações, e por elas, à história que as sedimentou. Ou seja, o cliente auto-revela-se pela palavra. Por outro lado, as palavras do terapeuta dão sentido aos sofrimentos, incongruências e anseios do cliente: “frequentemente, a tarefa do terapeuta é dotar de palavras os desígnios do paciente” (Brockman, 2001, p.126). Ou seja, a palavra terapêutica apazigua e integra. Por fim, a palavra do terapeuta é imprecisa, porque polissémica, obrigando o cliente a definir o exacto significado com que ela o atinge. E ao debater-se em busca desse significado possível, o

² O impacto da psicoterapia é maior que o de nove meses de aprendizagem escolar da leitura e da escrita (Smith, Glauss & Miller, 1980, como citado por Vasco, Santos & Silva, 2003).

cliente *cria* o significado final, que para si é real. Se a palavra terapêutica tiver sido mágica, o significado final conferido pelo cliente reflecte uma nova significação. Ou seja, a palavra terapêutica opera mudança. O fascínio pela palavra é muito antigo, tanto do ponto de vista antropológico (e.g., o oráculo da mitologia grega), como do ponto de vista psicoterapêutico: “Freud interrogava-se sobre a magia da palavra, sobre o poder do discurso. Mas qual é o analista que não sabe, que a inquietante estranheza, emergente no aqui e agora da relação, só é possível nesse espaço a dois, tecido e entretecido ao longo” do tempo da relação terapêutica (Dias, 1983, pp.22-23)? Na contextura do encontro terapêutico, ao longo do processo de aprendizagem, o cliente tem a magna oportunidade de reescrever a sua história. De novo, a importância da palavra. Sobretudo, da palavra feita metáfora, alegoria, fábula; porque é assim que ela é mais concisa, compreensiva e simbólica, e por isso mais poderosa na sua função organizadora.

Por ser um lugar ritual de construção da realidade, o encontro terapêutico é igualmente um processo de re-autoria do cliente (White, 1994). Para facilitar a re-autoria, a psicoterapia usa a palavra como meio quer de desconstrução de significações, quer de abertura para novas possibilidades de organização do cliente (O’Hanlon, 1998). De modo a conseguir operar mudança, a palavra é uma arma para o questionamento, o que torna a psicoterapia uma prática subversiva. Sendo subversiva, a psicoterapia resulta sendo um instrumento de revolução paradigmática do cliente. Na verdade, a mudança não acontece apenas no cliente³, mas também no terapeuta, que ao participar na reformulação da narrativa dos outros, se pode “reescrever” a si próprio. Neste sentido, a psicoterapia é um encontro de transformação e mudança, até reciprocamente entendido.

A prática da psicoterapia é também apaixonante na medida em que coloca um grande desafio ao terapeuta – relacionar-se com a pessoa do cliente, ao mesmo tempo que se relaciona com a sua descrição psicopatológica, o diagnóstico dos seus sintomas e o plano terapêutico que

³ Atribui-se a Jung a afirmação de que a psicoterapia é “a oportunidade, tanto para o paciente como para o terapeuta, de crescimento”, e a Sullivan a seguinte: “duas pessoas, ambas com problemas na vida, que concordam em trabalhar juntas para estudar esses problemas, na esperança de que o terapeuta tenha menos problemas que o paciente”.

mais se lhe adequa. Não se trata de um desafio meramente técnico, decorrente da prática profissional. Ele é, na realidade, o desafio essencial da existência humana. Buber (1969; Cohn, 2001) explica porquê, quando afirma que o Eu, isolado, não existe, que se trata apenas de uma abstracção. O Eu só existe porque se relaciona com o Tu e com o Aquilo. O Eu consubstancia-se de duas maneiras: na relação Eu–Aquilo (o Eu existe na experiência do mundo) e na relação Eu-Tu (o Eu existe no mundo relacional). O desafio (por vezes, um dilema) consiste em conciliar a relação clínica com a relação terapêutica. Ou seja, fazer do cliente um Aquilo (objecto de trabalho) mas sem o deixar de considerar um Tu (validando-o como ser único). Ao fim e ao cabo, é deste último aspecto que temos vindo a falar. Por seu lado, o primeiro aspecto remete-nos para a natureza desafiante da psicoterapia. Com efeito, o terapeuta é convidado a desvendar o outro, a pensá-lo e a senti-lo para melhor o entender. Acreditamos que grande parte do sucesso terapêutico resulta da capacidade descodificadora do terapeuta. Adicionalmente, o terapeuta é desafiado a fornecer a explicação mítica (Frank & Frank, 1993) precisa, que permita ao cliente iluminar os aspectos mais obscuros dos seus problemas, do seu funcionamento, ou da sua identidade. Ainda mais, o terapeuta é constantemente desafiado a inventar os rituais terapêuticos (Frank e Frank, 1993) certos – palavras ou actos –, que proporcionem ao cliente as aprendizagens desencadeadoras da mudança e do crescimento pessoal. Mas existe um desafio maior: conjugar a existência experiencial com a existência relacional. Esse desafio é outras das razões capitais por que a prática da psicoterapia é apaixonante.

A nossa prática clínica tem-nos revelado que a psicoterapia bem sucedida é também apaixonante para os clientes. No seu caso, o termo “apaixonante” encerra o duplo sentido do étimo *pathos* – a psicoterapia é tão vivificante pela mudança que opera, como dolorosa pelas dificuldades e sofrimentos inerentes ao processo terapêutico. Uma prova de como a psicoterapia pode ser apaixonante para os clientes pode ser encontrada no crescente número de pessoas que a procuram, muitas vezes seduzidas por outras que a completaram. Com efeito, a psicoterapia é uma prática profissional em que a sociedade portuguesa parece depositar crescente confiança. Para mais, a necessidade social da psicoterapia parece ser grande.

De acordo com um inquérito postal (N=4893) realizado por uma associação de consumidores, “nos últimos três anos, 60% dos portugueses” queixaram-se de “problemas emocionais ou psicológicos (depressão, ansiedade, etc.)” (Edideco, 2003, p.18), tendo 28% da amostra recorrido a ajuda profissional (Vasco, Santos, & Silva, 2003). Ainda que os profissionais mais procurados tenham sido os médicos de clínica geral, foram as psicoterapias que se revelaram mais eficazes (Edideco, 2003). Em função dos resultados do estudo, a associação de consumidores apela para uma melhor regulação da prática psicoterapêutica e sugere a sua inclusão no Serviço Nacional de Saúde. Este apelo reforça a confiança e a necessidade social da psicoterapia, em Portugal. Por outro lado, sugere maior controlo social sobre a sua prática. Com efeito, o exercício profissional da psicoterapia é socialmente sancionado, o que significa que ele deve ser aprovado profissionalmente e sustentado cientificamente. A presente dissertação centra-se neste último aspecto.

Ao longo desta introdução, procurámos destacar o aspecto relacional da psicoterapia. O conceito que o define é o da relação terapêutica. A relação terapêutica é um dos mais importantes ingredientes da psicoterapia, e um elemento determinante do sucesso terapêutico. Estamos convencidos que mais do que uma sólida formação teórica e um grande domínio das técnicas, o que o psicoterapeuta possui de mais valioso para oferecer é a relação; é ele próprio dar-se no encontro terapêutico com o cliente, para que o cliente se encontre a si próprio, para que mude. Consideramos, em consequência, que o estudo empírico da relação terapêutica pode fornecer aos psicoterapeutas uma ajuda valiosa na melhoria das suas estratégias clínicas. Muitas vezes, a menor qualidade da relação terapêutica leva os terapeutas a investir (a fugir?...) para a dimensão racional e técnica da sua ajuda. É necessário saber melhor como reforçar essa dimensão relacional, até porque a investigação mostra que a viragem para os aspectos técnicos da terapia, quando os relacionais são problemáticos, acaba por piorar a relação terapêutica e afectar negativamente a mudança terapêutica dos clientes (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996). Neste sentido, torna-se imperioso formar os psicoterapeutas – quer em actividade, quer aqueles em formação – na relação terapêutica, ou seja, proporcionar-lhes informação e aprendizagens que potenciem a sua competência para estabelecer e manter alianças terapêuticas fortes com os

clientes. A investigação empírica desempenha um papel indispensável, na medida em que informa a prática clínica dos terapeutas já formados e possibilita elaborar melhores programas de formação para os novos terapeutas. Por seu lado, a investigação é inviável sem instrumentos psicométricos credíveis. Nesta dissertação, relatamos precisamente um estudo empírico acerca das propriedades psicométricas de uma escala para avaliar a qualidade da relação terapêutica.

Começamos por situar o lugar da relação terapêutica na psicoterapia, para depois, sustentados na investigação empírica, desvendarmos o seu peso, bem como os papéis que desempenha, na mudança terapêutica das pessoas. Analisamos de seguida a evolução conceptual da relação terapêutica, para assumirmos o conceito de aliança terapêutica proposto por Bordin (1979) como a sua mais compreensiva definição. Apresentamos os instrumentos psicométricos desenvolvidos para o seu estudo empírico, enfatizando aquele que melhor capta o conceito de aliança, e discutimos alguns aspectos metodológicos resultantes da investigação com estas escalas. Por fim, apresentamos o estudo empírico por nós realizado, relativo às propriedades psicométricas da versão reduzida e revista do *Working Alliance Inventory* numa amostra portuguesa.

I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Psicoterapia e relação terapêutica

Décadas de investigação em psicoterapia não forneceram ainda evidências suficientes para compreendermos *como* e *porque* a psicoterapia produz mudança – sabemos apenas que a produz (Kazdin, 2007). Os mecanismos da mudança têm sido procurados ou em aspectos específicos de cada escola terapêutica, ou em aspectos partilhados por todas elas. O primeiro grupo de processos refere-se aos factores específicos da terapia, no qual se incluem as técnicas terapêuticas derivadas de cada modelo teórico da terapia, ao passo que o segundo se reporta aos factores comuns, onde se inclui a relação terapêutica⁴, objecto central da presente dissertação. Deter-nos-emos na relação terapêutica mais adiante.

A investigação em psicoterapia tem reflectido, de uma maneira geral, três questões essenciais relativas aos tratamentos psicológicos: em primeiro lugar, é a psicoterapia eficaz? Segundo: quais as psicoterapias mais eficazes? E, em terceiro: quais os factores responsáveis pela mudança? Estas três questões podem ser reagrupadas em apenas duas; uma relativa à eficácia da psicoterapia *no seu todo*, e outra referente aos aspectos *particulares* da psicoterapia, dos quais depende a eficácia da mesma. Relativamente ao primeiro grupo, a investigação tem produzido resultados claros – a psicoterapia é claramente eficaz, por um lado, e, por outro, claramente não existem diferenças significativas ao nível da eficácia entre os diversos formatos psicoterapêuticos. Este fenómeno tem sido apelidado pela literatura de “veredicto de Dodo”, desde que Rosenweig, em 1936, usou essa imagem, retirada da obra de Lewis Carroll *Alice no País das Maravilhas*, como epígrafe de um artigo relativo aos efeitos da psicoterapia. Na história original, o Dodo sugere fazer-se uma “corrida eleitoral” para se secarem. Quando todos estão enxutos, juntam-se à sua volta a perguntar quem tinha ganho. “A esta pergunta o Dodo não foi capaz de responder senão depois de muito pensar. (...) Finalmente, eis o que o Dodo disse: «todos ganharam e todos têm de receber

⁴ Até ao terceiro capítulo, altura em que será discutido o conceito de relação terapêutica e adoptado o de aliança terapêutica, referir-nos-emos ao mesmo fenómeno utilizando indiferenciadamente as duas noções. No entanto, cumpre-nos indicar desde já que o conceito de relação terapêutica é mais abrangente que o de aliança, e que este último compreende e descreve melhor o que se passa no contexto da relação entre um terapeuta e um cliente.

prémios.»” (Carroll, 2000, p.21). Esta sugestiva passagem da obra de Carroll tem servido na perfeição para simbolizar a provável inexistência de “escolas psicoterapêuticas de primeira linha”. O veredicto de Dodo tem alimentado acesa discussão no seio da comunidade de estudiosos da psicoterapia, com produção em catadupa de artigos – muitos incluindo mesmo esta expressão no seu título – ora defendendo (e.g., Luborsky *et al.*, 2003), ora atacando (e.g., Beutler & Harwood, 2002), a conclusão que lhe subjaz. Seja como for, o veredicto de Dodo vem sublinhar a paridade genérica entre diferentes psicoterapias no plano da sua eficácia. Este fenómeno foi também designado por “paradoxo da equivalência”, para destacar a aparente equivalência da eficácia das diferentes terapias, por oposição à aparente não-equivalência dos seus processos (Stiles, 1999). O paradoxo da equivalência por detrás do veredicto de Dodo, além de continuar a motivar estudos que o visam confirmar ou infirmar, terá contribuído também para destacar o interesse da investigação nos factores comuns da psicoterapia, a segunda grande questão acima enunciada.

Lambert e Barley (2002), apoiando-se em extensa literatura de revisão e em estudos de meta-análise sobre a investigação relativa aos resultados da terapia – abrangendo diversos e variados tipos de abordagens teóricas dos tratamentos, perturbações psicológicas, variáveis dependentes da mudança terapêutica, e instrumentos de medição das características de terapeutas e clientes – afirmam que os factores comuns são responsáveis por 30% do sucesso da psicoterapia⁵. Interessa, pois, enquadrar historicamente o conceito de factor comum.

A primeira referência aos factores comuns surgiu num artigo publicado em 1936, por Rosenweig (Weinberger, 1993). Nele, o autor questiona se as melhorias dos clientes resultam, de facto, de aspectos atribuíveis às técnicas específicas de cada terapia, e sugere que outros factores – menosprezados até então, inespecíficos a cada orientação teórica, e comuns a todas elas – possam, de facto, desempenhar um papel central no processo terapêutico de mudança. Rosenweig desvenda, assim, as “variáveis ou processos comuns à

⁵ Os restantes factores considerados, por ordem decrescente de contribuição percentual para a mudança dos clientes são: 40% atribuíveis à mudança extra-terapêutica (por ex., apoio social); 15% às expectativas positivas em relação à terapia (“efeito placebo”); e 15% da responsabilidade das técnicas psicoterapêuticas.

maioria das abordagens que são os [factores] activos⁶, em vez dos específicos avançados por abordagens separadas” (Garfield, 1980, p. 133). Weinberger (1993) sistematiza os factores comuns enumerados por Rosenweig, salientando a sua relevância ainda actual:

- (1) A relação terapêutica, enquanto oportunidade social de novas aprendizagens;
- (2) O fornecimento, pelo terapeuta, de um enquadramento sistemático explicativo (racional) para a condição do cliente e para a forma de a melhorar;
- (3) O facto da mudança se poder iniciar em qualquer área de funcionamento, e posteriormente generalizar-se às restantes;
- (4) A personalidade do terapeuta – “alguns terapeutas são simplesmente bons e nenhum tipo de terapia tem o monopólio sobre eles” (Weinberger, 1993, p.44).

Sintetizando, os factores comuns são os aspectos relativos à relação terapêutica, à personalidade e atitude do terapeuta (respectiva e concretamente: inspiradora e estimuladora, e compreensiva, no sentido heurístico do termo), e ao processo de mudança humana. Destaque-se, entre os factores identificados por este autor, o lugar primeiro da relação terapêutica.

A importância dos factores comuns foi sendo reforçada em investigações e construções teóricas posteriores. Fiedler (1950, citado por Arnkoff, Victor & Glass, 1993, e por Rogers, 1974) terá sido um dos primeiros autores a procurar confirmar por meio de pesquisa sistemática a existência de um factor comum, em concreto a relação terapêutica. Rogers (1974) descreve com detalhe as investigações de Fiedler, que as baseia numa sequência de pressupostos que, por um lado, espelham bem o foco do estudo dos factores comuns, e por outro, fundam os alicerces do subsequente estudo da relação terapêutica: (1) a relação terapêutica é um aspecto importante na facilitação da psicoterapia; (2) todos os terapeutas, independentemente da sua orientação teórica, procuram criar uma relação “ideal” com os seus clientes; (3) se a relação terapêutica é realmente “terapêutica”, não existem diferenças significativas na forma como terapeutas experientes a descrevem; e (4) os terapeutas experientes criam

⁶ *Operatives*, no original.

relações terapêuticas mais próximas da “ideal” do que os novatos, e essas relações são caracterizadas por aspectos comuns e identificáveis. Fiedler realizou uma série de três estudos (um dos quais, piloto), para testar estes pressupostos, os quais podem ser tidos (tanto quanto julgamos saber) como pioneiros na investigação científica em psicoterapia, uma vez que incluem procedimentos de pesquisa que vêm a caracterizar a investigação ulterior, a saber: diferenciação de terapeutas segundo a sua base teórica (no caso de Fiedler: psicanalistas, centrados no cliente, e adlerianos); gravação áudio das sessões de terapia; e recurso a observadores externos. Fiedler, no entanto, não recolheu dados junto dos clientes – prática quase indispensável na investigação posterior – o que pode constituir uma limitação dos seus estudos. Os resultados das pesquisas de Fiedler vieram suportar as premissas de que partiu. Em concreto, (1) todos os terapeutas tendiam a caracterizar a relação com os seus clientes de forma semelhante, (2) terapeutas experientes criam relações mais próximas da “ideal” que os não experientes, (3) os terapeutas experientes destacam-se dos inexperientes nas seguintes capacidades: compreender, comunicar e manter a relação com o cliente, bem como demonstrar interesse sem se comprometer emocionalmente (distância emocional apropriada); e (4) a semelhança, na descrição da relação “ideal”, entre terapeutas experientes de diferentes orientações é maior do que entre terapeutas da mesma orientação teórica. Apesar de possíveis limitações (além da anteriormente citada, pode acrescentar-se o reduzido tamanho da amostra: N=8 terapeutas e N=10, no segundo estudo), as investigações de Fiedler marcam de modo significativo o estudo quer dos factores comuns, quer da relação terapêutica. Na realidade, mais de meio século de investigação em psicoterapia veio confirmar a previsão de Rogers (1974, p.68): “O que torna o estudo de Fiedler fundamentalmente importante é essa promessa para o futuro da investigação”.

A publicação de *Persuasion and Healing*, de Frank, em 1961, foi um novo marco na história dos factores comuns, subjacente ao enorme impacto que a obra teve em todo o domínio da psicoterapia. Uma das ideias centrais expostas pelo autor é a de que todas as psicoterapias assentam numa relação

entre o terapeuta⁷ e o cliente⁸, relação essa estruturada com base num enquadramento conceptual e num cenário ritual⁹ específico. Frank situa, então, a psicoterapia numa relação interpessoal cuidador-sofredor que requer do cuidador a capacidade para, através de meios psicológicos, mobilizar forças curativas no sofredor. O objectivo capital da terapia é provocar mudanças nas emoções, atitudes e comportamentos do sofredor. Ele define a psicoterapia como um processo de influência caracterizado por:

- (1) Um *agente de cura*, que por norma é uma pessoa treinada e socialmente sancionada para tal, que pode inclusive não ser um profissional, mas uma outra pessoa igualmente sofredora, ou até um objecto, como um livro, desde que “investido pelo sofredor de poderes curativos” (Frank e Frank, 1993, p.2);
- (2) Um *sofredor* que procura alívio junto do agente da cura;
- (3) Uma *relação curativa*, na qual o primeiro tenta proporcionar alívio dos sintomas do segundo, pelo uso (partilhado pelos dois) de palavras, acções e rituais, integrados num conjunto de encontros sociais entre ambos, mais ou menos estruturados para esse fim, sistemáticos, e limitados no tempo. Cuidador, sofredor, e de uma maneira geral, toda a sociedade, acreditam que tais procedimentos proporcionam melhorias úteis e desejáveis.

Frank é muito abrangente no que respeita às actividades que inclui na sua definição de psicoterapia. Ele concebe como psicoterapia (1) o uso de substâncias químicas e físicas, secundário às palavras, acções e rituais e suas coadjuvantes, (2) o efeito placebo, uma vez que o sofredor o investe de simbolismo curativo, e é desse processo de significação que depende a eficácia do primeiro, assim como (3) todos os métodos de cura, mágicos e religiosos, utilizados nas sociedades não industrializadas. O interesse de Frank não se limita à psicoterapia enquanto técnica, tal como as sociedades ocidentais e industriais a concebem (como a norte-americana, no caso do autor), mas dissemina-se por todas as formas de persuasão e cura típicas de

⁷ *Healer*, na sua terminologia. Utilizaremos o termo “cuidador”, quando não a própria tradução, para nos referirmos ao terapeuta, na linha da teoria de Jerome Frank.

⁸ *Suferer*, na sua designação original. Utilizaremos também a tradução directa deste termo (“sofredor”) para nos referirmos às pessoas que procuram e frequentam psicoterapia, em abono do pensamento do autor.

⁹ *Setting*, no original.

outras culturas, como as conversões mágico-religiosas. Este aspecto último é de particular interesse, na medida em que fundamenta a consideração dos factores comuns não apenas no seio das psicoterapias, mas também entre as práticas similares de outras culturas (que não usam a “nossa” psicoterapia).

Frank considera que os factores comuns são os “ingredientes que contam para a eficácia das muito diferentes formas de psicoterapia” (Frank e Frank, 1993, p. xiv), e que “o sucesso de todas as técnicas depende da sensação de aliança do paciente com um cuidador real ou simbólico” (p.xv). Em 1982, estabeleceu os quatro factores comuns que asseguram a eficácia da psicoterapia, através do aumento da esperança e, por essa via, da melhoria da moral dos clientes (Weinberger, 1993). Antes de os enunciar, porém, é necessário introduzir um conceito central na obra de Frank – *desmoralização* – e de referir o seu papel na eficácia terapêutica. Segundo o autor, a expectativa positiva do cliente em relação à terapia é em si mesma um agente de melhoria. A expectativa resulta não só da crença, socialmente sustentada, na eficácia e utilidade da psicoterapia, mas também – talvez: sobretudo – do estado de desmoralização com que o sofredor chega à relação curativa e ao agente da cura. A desmoralização, associada à crença de que a terapia pode ajudar, criam esperança no sofredor. Em si mesma, a expectativa de esperança produz já alívio e melhoria da sua condição clínica. Este processo de “remoralização” ocorre igualmente no efeito placebo: sujeitos estudados por Frank e colegas apresentavam melhorias antes da administração do placebo, assim como outros, em listas de espera, apresentavam melhorias ao nível do humor antes do início do tratamento (Weinberger, 1993). Estes resultados demonstram e reforçam o papel das expectativas de esperança na melhoria clínica. Os quatro aspectos adiantados por Frank vão, precisamente, alimentar esta esperança moralizadora. Utilizando a terminologia do autor, eles são (1) uma relação com um cuidador, (2) um cenário ritual curativo, (3) um “mito”, e (4) um conjunto de “rituais”. O “mito” e os “rituais” correspondem, respectivamente, ao racional e às técnicas utilizadas no tratamento. O racional é a explicação que torna mais fácil para o sofredor compreender o seu problema – na medida em que dá sentido ao que era, até então, desconhecido – e que encerra já a possibilidade e viabilidade da mudança, da cura (o que faz aumentar a esperança). Os procedimentos para aliviar o problema decorrem do

enquadramento fornecido pelo mito, e ao participar neles – fazendo qualquer coisa por si próprio – o sofredor ganha esperança, reforçada pelas experiências de mestria e de promoção da auto-estima proporcionadas pelos rituais. Ainda de acordo com Weinberger (1993), a relação terapêutica é colocada num lugar de destaque por Frank. Ele inclusivamente afirma que desta “sensação de aliança” depende o sucesso da terapia, sobrepondo-a às técnicas que possam ser usadas e até às características dos sofredores¹⁰. No limite, poder-se-ia dizer que mesmo um cliente gravemente incapacitado, tratado com as técnicas menos indicadas, apresentaria melhorias, se a relação com o seu cuidador fosse intensa e de confiança. Com efeito, para Frank é precisamente nestes atributos – intensidade e confiança – que reside o princípio activo da relação terapêutica, na medida em que o terapeuta seja capaz de fazer o cliente sentir que o seu cuidador é competente e se interessa por ele. Tais sentimentos farão despontar a esperança, e ela, por sua vez, melhorará o moral do sofredor.

Frank terá sido um dos autores que de modo mais definitivo e inspirador afirmou a importância capital dos factores comuns (e em particular, como acima se refere, da relação terapêutica), afirmando-os mesmo como a origem da cura psicoterapêutica (Orlinsky & Rønnestad, 2000). No entanto, só no final da década de 70 do século XX o seu estudo voltaria a ser impulsionado, uma vez que a investigação se vinha centrando na confirmação da eficácia de abordagens terapêuticas específicas (Arnkoff, Victor & Glass, 1993), grandemente motivada pelo artigo de Eysenck (1952)¹¹. Cada “escola” terapêutica tentava comprovar a sua eficácia, sobretudo por via de estudos que confrontavam os seus efeitos com os resultados de grupos placebo. Ou seja, para uma determinava psicoterapia ter “carta de alforria”, necessitava de provar ser mais eficaz que o efeito placebo. Entretanto, nesse período multiplicam-se também as referências aos factores partilhados pelas diferentes psicoterapias – Grencavage e Norcross (1990) contabilizam 89 diferentes factores comuns na literatura – bem como as formas e modelos para as conceptualizar –, sem que a investigação empírica tenha acompanhado esta produção teórica. O trabalho

¹⁰ Na terceira edição da sua obra, Frank refuta as duas principais críticas – que apelida de “interpretações erradas” – dirigidas ao *Persuasion and Healing*: uma, que afirmava que a psicoterapia seria ineficaz, em virtude da importância dada pelo autor aos aspectos partilhados por todas as abordagens terapêuticas, e outra, que o treino em psicoterapia seria desnecessário, uma vez que a melhoria se fazia através da moralização. Frank declara que não considera que as técnicas sejam irrelevantes para o sucesso da terapia, mas que elas dependem da qualidade da relação que o terapeuta estabeleça com o cliente.

¹¹ Ao qual voltaremos no capítulo 4.

de Grencavage e Norcross (1990) é um marco importante na tentativa de sistematizar o conhecimento produzido acerca dos factores comuns entretanto acumulado. Estes autores analisam 50 artigos publicados entre 1936 e 1989, distribuídos por capítulos de livros, livros técnicos e revistas científicas, e classificam todos os factores comuns enunciados em cinco categorias: (1) características do cliente (e.g., expectativas positivas, procura activa de ajuda...); (2) qualidades do terapeuta (e.g., características positivas gerais, compreensão empática...); (3) processos de mudança (e.g., oportunidade para catarse, aquisição e prática de novos comportamentos...); (4) estrutura do tratamento (e.g., uso de técnicas, exploração do “mundo interior”...); e (5) elementos da relação (e.g., desenvolvimento da aliança, transferência...). Apresentam a frequência com que cada factor é referido, bem como a sua percentagem na amostra dos autores que o referem, e a sua percentagem no total da amostra. A categoria mais referida reporta-se aos processos de mudança, pois continha o maior número de factores comuns identificados (41% do total) e era aquela que a maior parte dos autores consultados (40 em 50) mais vezes mencionaram. Entre todas as categorias, o factor comum mais frequentemente citado pela literatura foi a aliança terapêutica (56% dos autores), seguido pela oportunidade para catarse (38%), a aquisição e prática de novos comportamentos (32%), as expectativas positivas dos clientes (26%), as qualidades positivas dos terapeutas (24%), e o fornecimento do racional como um processo de mudança (24%). Como afirmam Grencavage e Norcross (1990, p.376), “estas comunicações consensuais atravessam quase todos os aspectos do tratamento psicológico”. Nós permitimo-nos destacar a primazia da aliança terapêutica: com efeito, mais de metade dos autores/artigos consultados se referem a ela, e a diferença entre a sua frequência e a do segundo factor mais citado é maior do que a diferença entre quaisquer dos restantes. De facto, e como referem Castonguay, Constantino e Holtforth (2006), a aliança terapêutica não só é o processo de mudança mais frequentemente estudado, como parece ter saído do terreno de estudo dos factores comuns, para se instalar no domínio da investigação sobre os resultados da terapia. Adicionalmente, e ainda segundo os autores, ela desempenhou um papel decisivo na confluência de investigadores e clínicos, de tal ordem tem sido o interesse que desperta em tantas e diferentes

perspectivas teóricas e práticas. A investigação em psicoterapia tem mostrado que os aspectos técnicos da terapia, específicos a cada orientação teórica, contam menos para a eficácia terapêutica do que os aspectos da relação, comuns a todas as orientações teóricas (Lambert & Barley, 2002)¹².

Tentámos definir o lugar da relação terapêutica no seio da psicoterapia. Ela não é um aspecto técnico específico de uma “escola” terapêutica, mas sim um factor comum a todas as formas de psicoterapia. É precisamente essa transversalidade da aliança terapêutica que torna o seu estudo tão apelativo, aliciante, enriquecedor e gratificante. Por outro lado, procurámos salientar o lugar central que a relação terapêutica ocupa na conceptualização da psicoterapia. A aliança é não só o principal factor comum referido pela literatura, como também o factor de que mais parece depender o êxito terapêutico. Como bem declaram Horvath e Bedi (2002, p.37), “a relação terapêutica em geral, e a aliança em particular, é a quintessência da base comum partilhada pela maior parte das psicoterapias”. Henry e Strupp (1994) acrescentam que a aliança é o quadro de referência elementar para a mudança em todas as psicoterapias. Impõe-se-nos fundamentar estas sugestões teóricas com as evidências fornecidas pela investigação empírica. De seguida, analisaremos a contribuição da aliança para o êxito terapêutico, bem como algumas questões adjacentes a essa influência.

¹² Apesar desta evidência empírica, a Divisão de Psicologia Clínica da *American Psychological Association* (APA) definiu procedimentos padronizados para os tratamentos psicológicos, largamente baseados na prescrição de técnicas terapêuticas e aparentemente ignorando os factores comuns, como a relação terapêutica. Esta posição tem suscitado enorme polémica nas comunidades clínica e científica, com muitos autores argumentando contra a pouca razoabilidade das “prescrições” da APA, na medida em que menosprezam um facto conhecido por todos os clínicos: “diferentes tipos de pacientes respondem melhor a diferentes tipos de tratamentos e de relações” (Norcross, 2002a, p.6). Este autor envolveu-se mesmo no estudo empírico dos elementos gerais da relação terapêutica, no que resultou em onze factores que a investigação empírica demonstrou serem efectivos na relação terapêutica (Norcross, 2002b).

2. Impacto da relação terapêutica nos resultados da terapia

A qualidade da relação terapêutica é um factor determinante no sucesso da psicoterapia. A investigação tem fornecido fortes evidências empíricas confirmando a influência positiva da relação terapêutica sobre os efeitos da terapia, como procuramos ilustrar na presente secção.

Horvath e Symonds (1991), num estudo meta-analítico a partir de 24 pesquisas, encontraram uma associação moderada mas fiável entre uma boa aliança terapêutica e os resultados positivos da terapia. Os autores analisaram o tamanho do efeito da aliança terapêutica sobre os resultados positivos da terapia, encontrando um valor de .26; este tamanho do efeito “reflete que 26% da diferença na proporção do sucesso terapêutico é da responsabilidade da qualidade da aliança” (Lambert & Barley, 2002, p. 25). Martin, Garske e Davis (2000) reproduziram a meta-análise, desta vez com 79 estudos, anteriores a 1996, e verificaram a existência de uma relação moderada mas consistente entre a aliança terapêutica e os resultados da terapia ($r=.22$). Mais recentemente, Horvath e Bedi (2002) revêem, de novo, a literatura referente à relação entre a aliança terapêutica e os resultados da terapia, desta vez contabilizando 91 investigações (entre as revistas pelas anteriores meta-análises, e aquelas publicadas desde 1997 até ao ano 2000). Estes 91 estudos, cobrindo a investigação realizada entre 1977 e 2000, não incluem, porém, aqueles não publicados (e.g., teses e dissertações). A revisão de Horvath e Bedi (2002) aponta para que o efeito da aliança sobre os resultados da terapia se situe entre .21 e .25. Tal como no caso dos estudos anteriores, Horvath e Bedi (2002) julgam que este cálculo poderá pecar por defeito, ou seja, sub-representar o efeito real da aliança sobre os resultados da terapia. Estes dados possuem um significado especial, quer pela estratégia estatística que os revelou, quer pelo suporte empírico inquestionável que oferecem à associação entre a aliança e o sucesso terapêutico. Do ponto de vista estatístico, a estimação do tamanho do efeito fornece informação que vai um pouco mais longe do que a verificação de correlações, que é o procedimento mais comum nesta área de pesquisa. Se o coeficiente de correlação nos permite assumir que, neste caso, a aliança terapêutica funciona, o tamanho do

efeito ajuda-nos a perceber o quão bem a aliança funciona em diferentes contextos ou grupos (Coe, 2002), que no caso são os grupos com sucesso terapêutico. Estes dados, por outro lado, demonstram – de forma consistente e fiável – que os bons resultados proporcionados pela psicoterapia dependem, numa parte substancial, da qualidade da relação terapêutica. Por fim, acrescente-se que Horvath (2001; Horvath & Bedi, 2002) não consideram que os resultados que atestam o impacto positivo da aliança sobre os efeitos da terapia possam ser contaminados pelo efeito de halo (isto é, as avaliações dos clientes acerca da qualidade da aliança são enviesadas pelos efeitos positivos da terapia entretanto alcançados).

As meta-análises acima referidas incluíram apenas os estudos que (1) nomeavam a aliança terapêutica (ou outras designações similares, como relação terapêutica, ou relação de ajuda) como uma das variáveis do processo psicoterapêutico, (2) utilizavam dados clínicos, (3) tinham amostras com 5 ou mais sujeitos, e (4) que disponibilizavam resultados de onde se podia extrair um índice de relação entre a aliança e os resultados da terapia (Horvath e Bedi, 2002). Na sua grande maioria, os estudos considerados naquelas meta-análises reportavam-se a psicoterapias individuais de orientações tão diversas como: psicodinâmica, experiencial, interpessoal, *gestalt*, cognitiva, cognitivo-comportamental, eclética, intervenção na crise, e de suporte (incluíam-se também a gestão clínica da medicação e a reabilitação neurológica). As variáveis dependentes utilizadas nos mesmos para aferir os resultados da terapia prendiam-se, naturalmente, com a melhoria dos clientes, e abrangiam indicadores relativos (1) à sintomatologia psicopatológica geral (e.g., índices de severidade global), (2) à sintomatologia diagnóstica (como a depressão ou a ansiedade), (3) ao ajustamento social e funcionamento interpessoal (e também ao suporte social), (4) à qualidade de vida, (5) à personalidade (e.g., ajustamento, auto-estima, auto-conceito), (6) à mudança pessoal (e.g., mudança comportamental, desenvolvimento pessoal), (7) às queixas relatadas, e (8) a outros factores (e.g., aderência à medicação, consumo de drogas, produtividade). Assim, pode-se concluir que a relação entre a aliança terapêutica e os resultados positivos da psicoterapia se verifica ao longo de diversos formatos terapêuticos e que é atestada por uma multiplicidade de resultados benéficos da terapia.

Desejamos ainda salientar algumas investigações em particular, ou porque sejam posteriores aos estudos meta-analisados e examinem outras variáveis não consideradas naqueles estudos (e.g., abordagens grupais, contextos não psicoterapêuticos), ou porque não sendo posteriores, possuem qualidade e controlo metodológico de referência e apresentam resultados de enorme relevância em abono do papel da relação terapêutica na melhoria dos indivíduos.

Strauss e Johnson (2006) investigam a relação da qualidade da aliança com os resultados clínicos numa perturbação bipolar I. Ao que pensamos saber, trata-se do primeiro estudo relacionando estas variáveis. Os autores avaliaram a psicopatologia (diagnóstica, para o quadro clínico em questão) e o grau de severidade dos sintomas (depressivos e maníacos), a aliança terapêutica, suporte social, traços de personalidade e atitude perante o tratamento, em 58 sujeitos com perturbação bipolar I, num estudo longitudinal ao longo de 24 meses. Os resultados revelaram uma associação entre a boa aliança terapêutica no início do tratamento e a redução de sintomas maníacos seis meses após a tomada das medidas. A relação entre a redução de sintomas maníacos e a força da aliança é digna de nota, considerando o fundo biológico daqueles sintomas. Os resultados revelaram ainda que uma aliança forte no início do tratamento está associada com melhores atitudes perante a medicação e redução do sentimento de estigmatização associado à doença. Provavelmente, a diminuição de sintomatologia maníaca deve-se à maior adesão dos clientes à sua condição clínica e à maior aderência ao tratamento farmacológico, ambas promovidas pela qualidade da aliança. Em conclusão, uma aliança forte pode ajudar a reduzir os sintomas maníacos ao longo do tempo.

O impacto da aliança terapêutica sobre a eficácia da terapia regista-se também em tratamentos psicológicos não individuais, como o ilustra o estudo de Pereira, Lock e Oggins (2006). Estes autores avaliaram a relação da aliança terapêutica com a eficácia do tratamento da anorexia nervosa em contexto de terapia familiar. Um dos dados dignos de nota prende-se com o facto de a avaliação da aliança terapêutica ter sido realizada tanto com as clientes anorécticas como com os seus pais. A amostra compreendia 41 adolescentes. Além dos indicadores psicopatológicos e diagnósticos dos sujeitos, foi avaliado

o seu peso corporal (assumido como variável dependente) e a aliança terapêutica, por três observadores. Os resultados mostraram que a força da aliança se correlaciona positivamente com o ganho de peso ponderal no início do tratamento. Com efeito, as adolescentes que ganharam peso nas fases iniciais do tratamento mostraram maior concordância com o terapeuta no que respeita aos objectivos e tarefas da terapia, e apresentavam valores mais altos da aliança enquanto factor global. De notar que a qualidade da aliança por parte das adolescentes não foi predictora de abandonos do tratamento, mas a dos seus pais foi, isto é; os sujeitos que abandonaram o tratamento foram aqueles cujos pais não estabeleceram uma boa relação com os terapeutas. Ao contrário, uma aliança forte entre os pais e os terapeutas preveniu o abandono das filhas. A eficácia de um tratamento pode depender também da intensidade com que um terapeuta e uma família consigam estabelecer a aliança terapêutica.

A investigação demonstrou também que a aliança terapêutica favorece a eficácia de tratamentos farmacológicos. O Programa de Pesquisa Colaboradora do Tratamento da Depressão do *National Institute of Mental Health* norte-americano (Krupnick *et al.*, 1996) e o estudo de Weiss, Gaston, Propst, Wisebord e Zicherman (1997) revelam relações robustas entre a aliança e os resultados da farmacoterapia da depressão. Krupnick e colegas (1996) estudam 225 clientes com perturbação depressiva major, distribuídos por quatro condições de tratamento: psicoterapia interpessoal, psicoterapia cognitivo-comportamental, imipramina, e placebo (ambos com acompanhamento psiquiátrico para gestão da terapêutica farmacológica). É avaliada a sintomatologia depressiva, através de dois instrumentos, e a aliança terapêutica, por observadores externos. Os resultados mostram uma relação significativa entre a aliança e os resultados em todos os tratamentos, não se registando diferenças entre os quatro grupos no que respeita à associação entre a aliança e a eficácia dos tratamentos. A associação entre a aliança e os resultados foi sempre significativa, quer tenha sido avaliada numa única sessão inicial, quer ao longo dos tratamentos (a aliança foi avaliada nas consultas iniciais, intermédias e finais). Por fim, a variância dos resultados do tratamento é mais explicada pela aliança que pelos métodos de tratamento.

Como antes referimos, um dos dados mais relevantes deste estudo prende-se com a descoberta de uma forte relação entre a aliança e os resultados da farmacoterapia, tanto em relação à imipramina, como ao placebo. A influência da aliança nos resultados da depressão é comparável não só entre abordagens psicoterapêuticas distintas, mas também entre condições farmacológicas, sejam elas activas ou não (placebo). “O que estes resultados sugerem é que a aliança terapêutica pode influenciar fortemente a resposta placebo inerente à farmacoterapia enquanto um factor não-específico acima e para além da acção farmacológica específica da droga. (...) Deste modo, o papel que a aliança terapêutica representa na influência dos resultados prolonga-se não apenas para além da psicoterapia psicodinâmica para a terapia cognitivo-comportamental, mas também para além da própria psicoterapia, com implicações para a forma como a farmacoterapia é conceptualizada e praticada” (Krupnick *et al.*, 1996, p.537). Os resultados e as conclusões deste estudo merecem grande confiança, dada a robustez metodológica do mesmo: possui a quarta maior amostra (entre os estudos publicados até ao ano 2000; cfr. Horvath & Bedi, 2002), define quatro grupos experimentais bem delimitados, e apresenta excelente controlo sobre as variáveis, via controlo sobre os procedimentos – por exemplo, os tratamentos são manualizados, os terapeutas são treinados para o estudo, a gravação das sessões é realizada em três momentos da evolução dos tratamentos, e os classificadores da aliança visionam todas as consultas na íntegra (e não apenas excertos, como parecia acontecer até então). Além do mais, trata-se de um estudo historicamente importante, na medida em que é o primeiro a comparar níveis de aliança não só entre abordagens terapêuticas não ecléticas (como a maioria dos estudos anteriores), e portanto bem definidas, como também entre terapias e farmacoterapia.

Num estudo menos rigoroso (N=31; diferentes manifestações clínicas da depressão), Weiss e colegas (1997) verificaram também que a aliança terapêutica está associada à eficácia da farmacoterapia. O seu estudo mostrou que tanto as percepções da aliança dos terapeutas como dos clientes se correlacionam significativamente com os três resultados considerados (depressão, atitude face à medicação e hostilidade) do tratamento farmacológico. Dois dados adicionais merecem atenção. Neste estudo, e ao

contrário da restante literatura relativa à psicoterapia, é a percepção do terapeuta que melhor prediz os resultados. Weiss e colegas (1997) verificaram ainda que os valores da força da relação terapêutica em farmacoterapia são mais baixos do que os verificados em psicoterapia – o que sugere que a aliança numa e noutra reflectem diferentes realidades.

A aliança terapêutica também afecta positivamente a eficácia de tratamentos não psicoterapêuticos nem farmacoterapêuticos, como é o caso da reabilitação neurológica. Schönberger, Humle e Teasdale (2006) estudaram 86 doentes com lesões cerebrais, resultantes de traumatismos, acidentes vasculares cerebrais ou outros (e.g., tumores, meningites) em reabilitação cognitiva, física e social. O seu estudo foi longitudinal, e compreendeu avaliações ao longo de 14 semanas. Além das avaliações neurológicas (tipo de e localização da lesão cerebral), os autores avaliaram a aliança terapêutica, e os níveis de consciência¹³ e aderência ao tratamento¹⁴ dos doentes. Todas estas três medidas foram recolhidas tanto junto dos doentes como dos seus terapeutas. Os resultados revelaram que (1) as correlações entre as avaliações da aliança pelos clientes e pelos terapeutas tendem a aumentar ao longo do tratamento, e (2) a aliança contou tanto para a reabilitação neurológica como a localização da lesão. A aliança (em particular, a dimensão dos vínculos) contribui para a reabilitação, pela contribuição para o aumento da consciência e da aderência ao tratamento – mais especificamente, o aumento da consciência moderou a relação entre o vínculo afectivo e relacional com o terapeuta e a aderência ao programa.

Em resumo, a literatura demonstra que a relação terapêutica contribui para a eficácia da psicoterapia, e que essa relação é constante através tratamentos, diagnósticos e populações (Horvath, 2000). Em alguns casos, o efeito benéfico da aliança é até superior aos métodos de tratamento utilizados, sejam eles psicológicos ou farmacológicos (Krupnick *et al.*, 1996). No entanto, a associação comprovada entre a aliança terapêutica e os êxitos da psicoterapia nada nos diz acerca de que factores específicos contribuirão para uma boa relação terapêutica, ou se essa boa aliança se mantém estável ao longo do tempo da terapia. Observemos primeiramente o que revela a literatura

¹³ *Awareness*, no original.

¹⁴ *Compliance*, no original.

acerca da evolução da relação terapêutica, e da sua relação com os resultados da terapia, para depois revermos as respostas da mesma para as questões “que factores determinam uma boa aliança?” e “como funciona a aliança?”.

2.1. Curso e evolução da aliança terapêutica ao longo da psicoterapia

A investigação tem sugerido que a aliança estabelecida nos momentos iniciais da terapia é uma poderosa predictora do progresso da terapia e dos resultados terapêuticos (Castonguay *et al.*, 2006; Horvath, 2000; Horvarth & Luborsky, 1993; Samstag, Batchelder, Muran, Safran & Winston, 1998). Numa revisão bibliográfica, Horvath (2000) sintetiza vários dados relativos aos momentos iniciais do processo terapêutico, entre os quais: (1) ao fim da primeira sessão é possível antecipar que clientes abandonarão a terapia; (2) a relação entre a qualidade da aliança e os resultados da terapia é já visível à terceira sessão; (3) as bases de uma boa relação terapêutica são estabelecidas entre a terceira e a quinta sessão. Henry e Strupp (1994), por seu lado, verificaram que o envolvimento dos clientes na terapia aumenta ao longo das três primeiras sessões. As primeiras cinco sessões parecem ser, então, cruciais para a construção de uma aliança sólida. Horvath (2000) refere mesmo que é neste período que terapeuta e cliente têm a oportunidade capital para construir uma aliança baseada no respeito mútuo, confiança, compromisso e responsabilidade pelos objectivos da terapia. O estabelecimento de uma sólida relação terapeuta no início da terapia é ainda fundamental, tendo em vista a dificuldade e complexidade que caracteriza o trabalho terapêutico nas fases intermédias da terapia (Henry & Strupp, 1994).

Como evolui a aliança desde o início da terapia? De acordo com de Rotten e colegas (2004), a boa aliança desenrola-se segundo dois processos distintos: ou os níveis elevados de aliança se mantêm estáveis ao longo das sessões, ou de há um crescimento linear da força da aliança desde o início da terapia. Estes autores estudaram 70 clientes de psicoterapia muito breve (quatro sessões) de inspiração psicodinâmica, e avaliaram a aliança terapêutica, a melhoria sintomática, o ajustamento social e a satisfação dos clientes com a psicoterapia, com o duplo objectivo de examinar os padrões de

evolução da aliança e de estudar a relação entre a aliança e os resultados da terapia, tendo em conta esses padrões. Os resultados mostram que os clientes com um padrão de aliança de crescimento melhoraram mais que os clientes com uma aliança estável, independentemente da força da aliança. de Rotten e colegas (2004) concluem que os clientes cuja aliança melhora ao longo do tempo, beneficiam mais da terapia do que aqueles que estabelecem uma aliança estável desde o início, mesmo que elevada. Stevens, Muran, Safran, Gorman e Winston (2007) encontram padrões de progressão da aliança semelhante ao de crescimento linear definido por de Rotten e colegas. Eles estudam 44 sujeitos distribuídos por três tipos diferentes de psicoterapia, todos com 30 sessões semanais de duração, e registam os valores da aliança de acordo com as suas três fases: inicial (sessão 1 a 5), fase 2 (sessões 6 a 25) e fase 3 (sessões 26 a 30). No que respeita ao curso da aliança, Stevens e colegas (2007) encontraram dois padrões, um estável-linear (aumento linear e regular da qualidade da aliança ao longo da psicoterapia) e outro linear-tardio (os valores da aliança caem nas primeiras sessões, para depois recuperarem aos poucos, até alcançar o seu valor mais alto por volta da 7.^a – 9.^a sessão, e só depois estabilizam). É bastante interessante notar que é por volta da 6.^a sessão que os clientes do grupo com bons resultados terapêuticos atingem os valores mais altos da aliança, e que é também por essa altura que o grupo de *drop-outs* abandona prematuramente a terapia (Hartley & Strupp, 1983 citados por Henry & Strupp, 1994). Já Fitzpatrick, Iwakabe e Stalikas (2005), estudando 48 pares de terapeutas em formação/clientes, em processos de aconselhamento com duração entre 9 e 16 sessões, haviam encontrado o padrão de crescimento linear: aumento da qualidade da aliança, desde as sessões iniciais até às finais, verificada tanto nas avaliações dos clientes como dos terapeutas.

Estes três últimos estudos revelam, então, dois padrões essenciais: um, de constância da aliança ao longo da terapia, e o outro de crescimento linear da sua qualidade, sendo que este último parece prognosticar melhor sucesso terapêutico. Horvath e Bedi (2002), porém, analisando os diferentes impactos da aliança nos resultados da terapia consoante a fase da mesma, encontram evidências de suporte a um outro padrão, que aparenta seguir a forma da letra “U”. Estes autores referem que o impacto da aliança na eficácia da terapia

apresenta magnitudes diferentes consoante a aliança é avaliada no início (tamanho do efeito de .22), na fase intermédia (tamanho do efeito de .19) ou na etapa terminal (tamanho do efeito de .25). Estas variações na intensidade da aliança parecem traduzir três fenómenos distintos: no início, ela é elevada provavelmente em função das expectativas positivas dos clientes em relação aos benefícios esperados da terapia; a meio da terapia, a aliança poderá enfraquecer em virtude do trabalho terapêutico em torno dos problemas mais difíceis dos clientes; na fase terminal, a aliança ganha novo fôlego talvez como resultado dos ganhos terapêuticos entretanto conseguidos (Horvath & Bedi, 2002). Esta curva em “U” parece confirmar o padrão de evolução da aliança proposto por Gelso e Carter (1994). De acordo com estes autores, a aliança é mais elevada no início e no fim da terapia, sendo mais fraca nas suas fases intermédias, e é-o por duas razões. A primeira prende-se com o facto de a aliança ocupar o primeiro plano das preocupações da equipa terapêutica no início da terapia (e.g., criar laços), para depois ocupar um plano de fundo (e.g., enquanto os problemas do cliente são abordados de forma mais técnica). A terapia volta a colocar a aliança em primeiro plano sempre que necessário, o que habitualmente decorre de momentos de crise no trabalho terapêutico. Assim, a aliança é “convocada” para solucionar essas crises, o que faz desenhar, pelo menos, um ciclo alto-baixo-alto da aliança. A segunda razão é explicada pelo que o cliente da psicoterapia sente ao longo do processo. Inicialmente, ele está optimista (a aliança é forte), porém as limitações que a terapia lhe impõe despertam nele reacções negativas e um sentimento de frustração (após o optimismo inicial, a aliança enfraquece). Com o tempo, a terapia proporciona ao cliente reacções positivas e mais realistas que o optimismo inicial (a aliança fortalece-se). Gelso e Carter (1994) atribuem, assim, a curva em “U” ao fim da “lua-de-mel” que caracteriza os momentos iniciais da psicoterapia (Horvath & Bedi, 2002).

Kivlighan e Shaughnessy (2000) foram os primeiros autores a analisar quantitativamente diferentes tipos de padrões de desenvolvimento da aliança terapêutica. Os autores corroboraram a existência dos três padrões comumente referidos na literatura, acima mencionados, que designaram por *aliança estável*, *crescimento linear da aliança*, e *crescimento quadrático da aliança*. Este último padrão assemelha-se ao “U” descrito, sendo que numa das

amostras do estudo de Kivlighan e Shaughnessy (2000) assumiu mesmo a forma de um “V”. O seu estudo demonstrou que o padrão de crescimento não-linear (quadrático) se relacionava com melhores resultados da terapia, quando comparado com os outros dois padrões. Puschner, Bauer, Horowitz e Kordy (2004), ao estudar a relação entre o funcionamento interpessoal anterior à terapia e a aliança terapêutica em 714 clientes alemães em psicoterapia, com medidas em dois tempo (início da terapia e um ano e meio depois), encontram resultados que pressupõem a existência deste padrão. O seu estudo mostra que os problemas interpessoais no início da terapia não predizem a qualidade da aliança terapêutica um ano e meio depois: “com base nestes resultados, parece que a relação terapêutica pode ser modificada durante o tratamento, de forma que uma relação inicialmente negativa (em T1) pode ser reparada e pode talvez levar a resultados terapêuticos mais favoráveis (Puschner *et al.*, 2004, p.426). Com efeito, o padrão quadrático, ou em “U” (ou em “V”), de evolução da aliança parece ser mais concordante com os processos de ruptura e reparação da aliança que, de acordo com Bordin (1979), Gelso e Carter (1994), e Safran e Muran (2006, 2000a, 2000b; Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2002; Safran, Muran & Samstag, 1994), caracterizam o processo terapêutico. Estes autores (e.g., Safran *et al.*, 2002) argumentam que se a qualidade da aliança terapêutica é determinante para o sucesso da terapia, então é necessário investigar as rupturas que a podem perturbar e a melhor maneira de as reparar. É de esperar, portanto, que o desenvolvimento da aliança seja afectado por estes processos, diminuindo a força da mesma em momentos de ruptura, e aumentando em função do trabalho terapêutico para a reparar. Como se disse, o padrão quadrático (aliança alta-baixa-alta) é o que melhor descreve esta dinâmica. Se é verdade que a literatura tem revelado evidências de suporte a este padrão (Safran *et al.*, 2002), também é verdade que têm surgido dados que o não confirmam. Os mesmos autores (Stevens *et al.*, 2007) não encontram evidências que suportem a progressão da aliança em termos de aumento da qualidade, seguido de queda, seguido de aumento (padrão quadrático). Com efeito, as correlações da aliança com os resultados da terapia eram maiores na fase intermédia da mesma, o que contraria o

padrão em “U” esperado¹⁵. O facto de não terem encontrado suporte para a relação entre as rupturas e sua reparação e a melhor qualidade da aliança é justificado pelos autores pela possível operacionalização das mesmas de modo diferente de como elas acontecem na realidade. Stevens e colegas (2007) demonstram que a aliança progride num padrão de aumento linear da sua qualidade e que os episódios de ruptura e reparação se localizam entre as sessões 3 e 5. Este dado é uma novidade, e revela que os episódios de ruptura e reparação são mais localizados do que inicialmente se suponha. Apesar do estudo falhar a confirmação do padrão em “U”, os autores notam que a qualidade da aliança aumenta à medida que a terapia se desenvolve e verificam que a aliança se correlaciona significativamente com a redução de sintomas e com o funcionamento interpessoal, sem que haja relação significativa entre a aliança e os três grupos de terapia. Uma vez que as rupturas são inevitáveis, se se pretender ter sucesso com a terapia, então as tensões que ela sofre têm de ser resolvidas. Resumindo, o desenvolvimento da aliança terapêutica parece seguir três padrões distintos: progressão estável, crescimento linear e crescimento quadrático. A investigação parece indicar que o crescimento linear da aliança tem um impacto sobre os efeitos da terapia superior à progressão estável. Do mesmo modo, fornece algum suporte de que o crescimento quadrático se relaciona com melhores resultados que os restantes dois, apesar da existência de evidências contraditórias. Como afirmam Horvath e Bedi (2002, p.55), “a «forma» de uma aliança produtiva ao longo do tempo está longe de estar estabelecida”.

Um outro aspecto relativo ao curso e evolução da aliança ao longo da terapia a merecer atenção é a sequência temporal da aliança e dos ganhos terapêuticos. Até ao momento, temos afirmado unicamente a associação entre uma boa aliança terapêutica e resultados terapêuticos positivos. Esta associação tem sido várias vezes apresentada pela literatura como uma relação, sugerindo que uma boa aliança prediz resultados positivos. Kazdin (2007) recomenda cautela relativamente a esta assunção, por duas razões: primeiro, ela pode não significar uma relação causa-efeito; segundo, a relação

¹⁵ Apesar disso, os autores registam que 81% dos casos com ciclos de rupturas e reparações apresentaram valores da aliança tão altos ou mais altos na sessão 30, por comparação com a sessão 3.

pode ser inversa, ou seja, a aliança pode predizer os resultados da terapia depois de alguns ganhos iniciais terem contribuído para fortalecer a aliança. O autor sugere investigações utilizando múltiplos pontos de tomada de medidas (de notar que alguns dos estudos aqui referidos recolhem informação em vários pontos), de modo a estabelecer uma linha de tempo que permita esclarecer esta sequência temporal. Tang e DeRubeis (1999) analisam os ganhos súbitos¹⁶ na terapia cognitivo-comportamental da depressão e relacionam-nos com a aliança e os resultados da terapia. Os autores estabelecem uma avaliação temporal, considerando três sessões, duas anteriores aos ganhos súbitos e uma posterior. Os dados revelam que imediatamente antes dos ganhos súbitos há mudança cognitiva substancial, o que não se verifica no grupo de controlo. Ou seja, no estudo de Tang e DeRubeis a melhoria rápida deve-se a mudanças cognitivas. Por outro lado, após os ganhos súbitos regista-se uma melhoria da aliança terapêutica. Estes dados parecem indicar que a aliança melhora também em função da redução sintomática dos clientes. Os autores estabelecem a seguinte sequência: mudanças cognitivas → ganhos súbitos → melhoria da aliança + mudanças cognitivas adicionais (Tang & DeRubeis, 1999), e concluem (p.901): “estes resultados sugerem que a aliança terapêutica pode melhorar em resposta a mudanças terapêuticas positivas. Assim, quando uma correlação positiva entre a aliança terapêutica e o resultado é observada, isso não garante automaticamente a conclusão de que a aliança contribuiu para o resultado”. Casey, Oei e Newcombe (2005) verificaram que a aliança terapêutica não prediz mudanças na severidade do pânico nas primeiras seis semanas de tratamento cognitivo-comportamental. Por outro lado, a mudanças na auto-eficácia relativa ao pânico e nas interpretações catastróficas de sensações corporais predizem rápidas melhoras na severidade do pânico. Os autores concluem que os efeitos da terapia do pânico no seu estudo não podem ser atribuídos unicamente à aliança terapêutica; os resultados deste estudo podem também sugerir que a mudança cognitiva fortalece a aliança terapêutica. Feeley, DeRubeis e Gelfand (1999) apresentam dados adicionais em apoio desta perspectiva. O seu estudo mostra

¹⁶ Aumento de 11 pontos no *Beck Depression Inventory*, que representa metade da melhoria total dos clientes, que melhoram mais do que os que não experimentam estas melhorias rápidas e cuja melhoria persiste por 18 meses.

que a aplicação de técnicas cognitivas no início do tratamento contribui substancialmente para a mudança em 32 clientes deprimidos. Os autores consideram que a associação entre a aliança e os resultados se deve aos efeitos da mudança sintomática sobre a aliança, e não o contrário. Stevens e colegas (2007) registam também que a qualidade da aliança se relaciona negativamente com a sintomatologia dos clientes, o que parece indicar que a primeira pode melhorar em função da redução da segunda. Beitman (1981) sugere que a farmacoterapia pode contribuir para a melhoria da aliança terapêutica, não só pelos benefícios biológicos inerentes (quer activos, quer atribuíveis ao efeito placebo), mas também, por exemplo, pelo trabalho sobre os processos transferenciais que a sua prescrição possa despoletar no cliente. Enfim, no que respeita ao desenvolvimento da aliança ao longo da terapia, pode-se concluir existirem evidências que apoiam quer a influência da aliança sobre os ganhos terapêuticos, quer dos ganhos sobre a aliança.

2.2. Factores que influenciam a qualidade da aliança terapêutica

Do ponto de vista empírico, ainda sabemos pouco sobre o que determina a qualidade da aliança terapêutica. Os estudos relativos aos factores que medeiam e moderam a aliança têm sido menos do que aqueles que examinam a relação da aliança com a eficácia da terapia, ou até dos que procuram analisar os padrões de desenvolvimento da aliança. Além de reduzida, a investigação sobre os factores que contribuem para estabelecer sólidas alianças é recente e por vezes controversa, dificultando conclusões quantitativas (Horvath & Bedi, 2002). Nesta secção, faremos uma breve revisão sobre os dados disponíveis, distribuindo-os por cada um dos participantes na aliança (clientes e terapeutas), e pela aliança em si.

Motivação e expectativas dos clientes. Meier, Donmall, Barrowclough, McElduff e Heller (2005) demonstram que clientes com maior motivação estabelecem melhores alianças com os seus conselheiros. Estes autores operacionalizaram a motivação dos sujeitos do seu estudo (187 toxicodependentes em reabilitação residencial) como (1) pressão externa para o tratamento, (2) desejo de tratar-se, e (3) estar preparado para o tratamento.

Gibbons e colegas (2003) alcançam resultados semelhantes: as expectativas positivas predizem a qualidade da aliança na segunda sessão de psicoterapia dinâmica suportiva-expressiva e à décima sessão tanto para esta última como para a terapia cognitivo-comportamental. Adicionalmente, verificou-se nos clientes da primeira terapia uma relação significativa entre as expectativas e o crescimento da aliança. As expectativas positivas e a motivação podem concorrer para reforçar a participação dos clientes no processo terapêutico. Henry e Strupp (1994) mostram que a vontade e a capacidade do cliente em envolver-se activamente na terapia parece ser um factor determinante para a qualidade da aliança. Rennie (2000), num estudo qualitativo que analisa o diálogo entre o cliente e o seu terapeuta, no contexto de uma terapia construtivista, verifica que o cliente participa activamente na construção da aliança terapêutica, através do controlo que procura exercer sobre a relação consigo mesmo, com o terapeuta e com as técnicas terapêuticas. Este controlo é entendido como uma manifestação reflexiva, que traduz a auto-consciência e a acção no quadro dessa auto-consciência por parte do cliente. O controlo que o cliente exerce faz dele (momentaneamente, pelo menos) o único agente da aliança, donde se poderá esperar que a participação activa do cliente na aliança seja um factor que a fortalece.

Sintomatologia dos clientes. Stevens e colegas (2007) verificaram que a sintomatologia se relacionava negativamente com a qualidade da aliança. Estudos revistos por Horvath e Bedi (2002) destacam as perturbações de personalidade, e em particular a de estado-limite, a delinquência, e as toxicomanias como antecedentes associados a alianças mais pobres. Os resultados sobre a influência da gravidade da condição clínica dos clientes são contraditórios, havendo estudos que revelam que a maior severidade afecta negativamente a aliança (Casey *et al.*, 2005), e estudos que não encontram diferenças entre o grau de gravidade da psicopatologia e a qualidade da aliança (Gibbons *et al.*, 2003). Rector, Zuroff e Segal (1999) não observam relação entre a gravidade de sintomas depressivos e a formação da aliança, mas verificam que as cognições depressogénicas anteriores ao início da terapia afectam o início da aliança. Horvath e Bedi (2002) referem cinco estudos que indiciam que clientes com maior incapacidade resultante da sua perturbação têm mais probabilidade de abandonar a terapia. Raue, Castonguay

e Goldfried (1993) verificaram que os clientes com pior sintomatologia formam alianças mais fracas em psicoterapia psicodinâmica-interpessoal.

Estilo de vinculação dos clientes. A literatura oferece evidências de que a qualidade da aliança depende do estilo de vinculação adulta dos clientes (Hietanen & Punamäki, 2006; Horvath & Bedi, 2002; Meier *et al.*, 2005). Mallinckrodt, Porter e Kivlighan (2005) demonstram que a vinculação segura dos clientes com os seus terapeutas se encontra associada à maior profundidade e afabilidade das sessões, ao passo que a vinculação insegura-evitante se relaciona negativamente com aqueles indicadores. Os estudos destes autores revelam ainda que a vinculação segura com o terapeuta se relaciona positivamente com a boa qualidade da aliança. Goldman e Anderson (2007) verificaram que a vinculação segura e a qualidade das relações objectais se relacionavam positivamente com a aliança precoce (ainda que essa associação diminuísse ao longo do tempo) e negativamente com o abandono da terapia.

Auto-estima, coping e apoio social dos clientes. A literatura revela que a baixa auto-estima se correlaciona com alianças mais fracas (Saunders, 2001), que a disponibilidade de bons recursos de *coping* aumenta a qualidade da aliança, e que os clientes com bom apoio social estabelecem melhores alianças terapêuticas (Meier *et al.*, 2005). Mallinckrodt (1996), estudando 34 clientes em psicoterapia breve, verificou que o apoio social mediava a acção da aliança terapêutica sobre a redução sintomática. Este estudo revelou que a melhoria da aliança se relacionava com a melhoria do suporte social, e que este se relacionava significativamente com a redução dos sintomas. A retirada do efeito do suporte social na análise estatística realizada mostrava não haver relação significativa entre a aliança e a melhoria sintomática.

Funcionamento social dos clientes. O funcionamento social (“medido” através de problemas interpessoais) é o factor que contribui para a qualidade da aliança que tem recebido maior atenção dos investigadores (pelo menos, foi aquele que mais vezes encontrámos na presente revisão). Puschner e colegas (2004) verificaram que os clientes cujos problemas declarados os caracterizam, em relação aos outros, como mais hostis, tendem a ter uma aliança inicial relativamente mais pobre (avaliada tanto por eles como pelos seus terapeutas), ao passo que aqueles mais amigáveis aparentam estabelecer uma aliança

mais favorável. O estudo destes autores revelou que pacientes muito hostis avaliavam a aliança inicial de maneira mais pobre, enquanto que os clientes muito amigáveis classificavam a aliança de modo mais favorável 1,5 anos depois da primeira avaliação da aliança. Puschner e colegas (2004) demonstram, porém, que os problemas interpessoais no início da terapia não predizem a qualidade da aliança ano e meio mais tarde. Ou seja, para estes autores o funcionamento interpessoal anterior à terapia não parece influenciar a qualidade da aliança a longo prazo. Sexton, Littauer, Sexton e Tømmera (2005) verificam igualmente que a aliança não está relacionada com o funcionamento interpessoal anterior à terapia. Estes resultados contrariam aqueles revelados por Gibbons e colegas (2003), de que problemas interpessoais marcados por hostilidade e dominação prediziam alianças mais fracas. Por seu lado, os resultados da equipa de Gibbons são mais concordantes com os de Samstag e colegas (1998), que estudaram longitudinalmente 73 clientes em psicoterapia breve, distribuindo-os por três grupos: um, que abandonou a terapia, outro com maus resultados terapêuticos e o terceiro com bons resultados. Samstag e colegas (1998) verificaram que (1) a aliança era mais problemática no grupo dos abandonos que no grupo dos bons resultados (avaliações de terapeutas e clientes), (2) no grupo dos abandonos os clientes avaliam a aliança como mais problemática que no grupo dos resultados menos bons, (3) os clientes que abandonam a terapia registam valores de aliança mais baixos, os de maus resultados valores moderados, e os de bons resultados os valores mais elevados, mas que não há diferenças entre os grupos no que respeita ao factor “amigável”, (4) a hostilidade e a afabilidade dos clientes têm poder discriminativo entre os três grupos (avaliado pelos terapeutas), e (5) o grupo dos que abandonou a terapia caracterizava-se por clientes mais hostis. Saunders (2001), estudando 141 clientes em psicoterapia longa, verificou que clientes “desligados” (e.g., ter mais dificuldade em estabelecer relações interpessoais e em criar intimidade) estabeleciam vínculos mais pobres com os terapeutas, enquanto que as características do controlo relacional (argumentativo, agressivo) e da submissão (e.g., clientes “apagados”, que põem os outros em primeiro e têm dificuldade em auto-afirmar-se) não se relacionam com vínculos mais pobres. Clientes envolvidos, que falavam mais de si, e emocionalmente mais comprometidos com a terapia

apresentam menor probabilidade de diminuir a sua conexão com o terapeuta (Sexton *et al.*, 2005). Aparentemente, clientes com dificuldade em estabelecer relações sociais de intimidade têm mais facilidade em formar boas alianças com terapeutas experientes, enquanto que os clientes sem essas dificuldades não discriminam níveis diferentes de experiência nos terapeutas (Horvath & Bedi, 2002).

Empatia dos terapeutas. Horvath e Bedi (2002) salientam a dificuldade em extrair conclusões da literatura existente acerca dos efeitos da empatia na aliança, por questões metodológicas relativas à forma como a empatia é medida. Com efeito, os autores encontram alguma confusão entre a empatia e a aliança (sendo que a primeira é amiúde avaliada através de instrumentos para medir a segunda), quando a aliança é um conceito mais vasto e abrangente que a empatia. Ainda assim, referem um estudo que mostra que a sensibilidade ao cliente e a tolerância à expressão emocional do cliente por parte do terapeuta se associa positivamente com a qualidade da aliança. Watson e Geller (2005) demonstram que a empatia, aceitação, afecto positivo e congruência por parte do terapeuta predizem os resultados da terapia (aos níveis da depressão, auto-estima e atitudes disfuncionais). Apesar dos seus dados mostrarem que os terapeutas processo-experienciais demonstram níveis mais elevados de afecto positivo que os cognitivo-comportamentais, eles permitem concluir que as condições da relação facilitam o desenvolvimento e manutenção de uma boa aliança em diferentes terapias com diferentes enquadramentos teóricos. Os autores afirmam que estes resultados “apoiam a perspectiva de que os terapeutas que são empáticos, receptivos, congruentes e que valorizam os seus clientes, independentemente das técnicas específicas que usem, são mais capazes de negociar o acordo acerca dos objectivos e tarefas da terapia e de desenvolver um vínculo terapêutico positivo do que os terapeutas que o não são [que não possuem aquelas características]” (Watson e Geller, 2005, p.30). Henry e Strupp (1994) verificaram que a terapia não funcionava quando o terapeuta se revelava incapaz de se relacionar com o cliente de uma forma calorosa e empática.

Características relativas à personalidade dos terapeutas. Os estudos indicam que as características de abertura e de exploração nos terapeutas favorecem a aliança (Horvath, 2001). Por outro lado, a literatura indica que o

controlo relacional, a irritabilidade, a frieza (percepção pelo cliente), a realização precoce de interpretações (Horvath & Bedi, 2002) e a contra-transferência negativa (Ligiéro & Gelso, 2002) afectam negativamente a aliança. A contra-transferência, por seu lado, é marcada por níveis elevados de hostilidade subtil do terapeuta, comunicações complexas e complementaridade negativa (Henry & Strupp, 1994), características essas que por si só podem fazer perigar a qualidade da aliança. Strupp (1998) sugere que a história relacional dos terapeutas pode influenciar a qualidade da aliança, sobretudo quando ela não se encontra bem resolvida. Horvath e Bedi (2002) referem estudos que mostram que interacções amigáveis e promotoras da autonomia dos clientes se relacionam de modo mais significativo com a qualidade da aliança. Clientes com psicoterapias bem sucedidas recordam os seus terapeutas como calorosos, atentos, interessados, compreensivos, respeitosos, experientes, e activos (Henry & Strupp, 1994). Ligiéro e Gelso (2002) não encontraram relação entre o estilo de vinculação dos terapeutas e a qualidade da aliança terapêutica. Inversamente, Black, Hardy, Turpin e Parry (2005), num estudo com questionários de auto-resposta de 491 psicoterapeutas enviados por via postal, verificaram que um estilo de vinculação seguro se correlacionava positiva e significativamente com a qualidade da aliança, ao passo que os terapeutas que assinalaram possuir um estilo de vinculação inseguro-ansioso registavam piores valores na qualidade da aliança e maiores problemas na terapia. Black e colegas (2005) fazem notar que o impacto dos estilos de vinculação dos terapeutas na qualidade da aliança é superior a variáveis gerais da personalidade. Mallinckrodt e colegas (2005) e Henry e Strupp (1994) sugerem que a capacidade do terapeuta em fornecer uma base segura (Bowlby, 1992) para a exploração do cliente em psicoterapia favorece a aliança.

Jennings e Skovholt (1999), num estudo qualitativo em que solicitam a terapeutas com reconhecido mérito para identificar as características dos colegas “mestres psicoterapeutas”, identificam nove factores que caracterizam os bons terapeutas, a saber: (1) estão em constante aprendizagem; (2) recorrem muito à experiência acumulada; (3) valorizam a complexidade e a ambiguidade cognitiva; (4) são emocionalmente receptivos; (5) são mentalmente saudáveis e maduros e preocupam-se com o seu próprio bem-

estar emocional; (6) têm consciência de como a sua saúde emocional influencia o seu trabalho; (7) possuem boas competências relacionais (Horvath, 2001, refere estudos que mostram que o terapeuta contribui positivamente para a qualidade da relação terapêutica pela sua capacidade de manter uma comunicação clara e aberta); (8) acreditam na aliança terapêutica; e (9) são muito bons a utilizar as suas excepcionais competências relacionais na terapia. Em face destes dados, Jennings e Skovholt (1999) sugerem maior formação relacional dos terapeutas.

Formação e experiência dos terapeutas. Malinckrodt e Nelson (1991) confirmam haver diferenças significativas entre o nível de treino dos terapeutas e a qualidade da aliança. Os valores relativos aos objectivos e tarefas da terapia aumentam na razão da experiência dos terapeutas. Já os valores relativos aos vínculos não diferem entre níveis de treino dos terapeutas. Os terapeutas com nível intermédio de formação são percebidos pelos clientes como mais eficazes que os novatos, ainda que os primeiros registem auto-avaliações inferiores aos segundos e aos mais experientes. Os autores atribuem este facto a uma provável maior dúvida sobre a sua própria competência que acompanha o acréscimo de conhecimentos e técnicas. Estudos posteriores levaram Horvath e Bedi (2002) a considerar que os resultados relativamente a este tópico são contraditórios.

Colaboração. A colaboração e a cooperação terapeuta-cliente estão relacionadas com melhores alianças e melhores resultados da terapia (Horvath & Bedi, 2002). Mais especificamente, uma colaboração de confiança revela-se um predictor primário da melhoria percebida na psicoterapia (Clemence, Hilsenroth, Ackerman, Strassle, & Handler, 2005; Hatcher & Barends, 1996). A colaboração de confiança traduz o nível de confiança e compromisso que um cliente experimenta na terapia e o grau em como a terapia é percebida como valendo a pena (envolvimento com a terapia, que ele considera poder ajudar e potencialmente efectiva). Clemence e colegas (2005) mostram que apesar de terapeutas e clientes revelarem muitas discrepâncias na forma como classificam a aliança (a dimensão de vínculos é a que revela mais discrepâncias, com os terapeutas a avaliarem-na sistematicamente de forma superior, o que reflecte que eles acham que têm melhores laços com os clientes do que consideram estes últimos), ambos concordam em aspectos

nucleares da aliança (como a colaboração de confiança). Os autores acrescentam que a confiança dos terapeutas na terapia está altamente correlacionada com as melhorias dos clientes, enquanto que por parte dos clientes os resultados da terapia se correlacionam com o factor “relação ideal”. Ainda relativamente à colaboração, e em concreto ao consenso entre terapeutas e clientes, Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer, e Gagnon (1998) verificaram que o consenso relativo às estratégias de trabalho terapêutico (em particular, concordância sobre objectivos e tarefas) era o único que se associava com a redução da sintomatologia no fim da terapia em três abordagens distintas – terapia cognitiva, terapia comportamental e terapia dinâmica breve. Para os autores, este dado revela o poder integrador da dimensão do consenso relativo ao trabalho terapêutico subjacente a diferentes abordagens psicoterapêuticas.

O progresso na terapia depende mais da relação real – dimensão não-transferencial da relação terapêutica – do que da aliança terapêutica, da empatia do terapeuta e do estilo de vinculação, quando as avaliações são feitas pelos clientes (Fuentes *et al.*, 2007). Ainda de acordo com estes autores, a relação real associa-se positivamente com a aliança terapêutica e o progresso dos clientes (quando avaliados pelos terapeutas), e com a vinculação segura com os terapeutas e a sua empatia (quando avaliada pelos clientes); a relação real relaciona-se negativamente com a vinculação evitante. Henry e Strupp (1994) destacam o papel da complementaridade entre terapeutas e clientes no fortalecimento da aliança. Caspar, Grossmann, Unmüßig, & Schramm (2005) verificaram que a complementaridade está relacionada com os resultados da terapia apenas parcialmente. Com efeito, aqueles autores verificaram que a complementaridade se associa com o sucesso terapêutico apenas quando as avaliações são provenientes dos clientes, mas não quando são realizadas por outros avaliadores. Vasco, Silva e Chambel (2001), apesar das limitações do seu estudo por eles observadas, não puderam confirmar que as semelhanças entre as visões do mundo dos terapeutas e dos clientes possuem um impacto positivo na aliança. Contrariamente ao esperado, as alianças mais fortes situavam-se entre terapeutas e clientes com visões epistémicas do mundo mais afastadas. Enfim, aparentemente a qualidade da aliança tanto pode ser promovida pela

semelhança entre terapeutas e clientes, como pela dissemelhança entre ambos.

Os resultados do estudo de Orlinsky, Grave, e Parks (1994, como citado em Lambert & Barley, 2002) merecem uma referência isolada, pela dimensão do mesmo. Estes autores examinaram mais de 2100 estudos sobre a relação entre a aliança e os resultados da terapia, e puderam isolar as características dos terapeutas que mais contribuem para o sucesso terapêutico. Elas são: credibilidade, competência técnica, compreensão empática, valorização do cliente, envolvimento com o cliente, capacidade de focalização nos problemas do cliente, e capacidade de dirigir a atenção dos clientes para a dimensão afectiva das suas experiências.

Correndo o risco de sermos excessivamente redutores, ensaiamos uma síntese dos factores que mais parecem influenciar a qualidade da aliança terapêutica. Assim, a aliança será tanto mais forte quanto mais motivados estejam os clientes e mais positivas sejam as suas expectativas; a sua sintomatologia seja ligeira a moderada; a sua vinculação adulta seja segura; os clientes sejam afáveis, se envolvam na terapia e tenham facilidade em estabelecer relações sociais; os terapeutas sejam mais empáticos, receptivos, positivamente afectuosos, congruentes e experientes; e a colaboração for de confiança. A literatura revela que muitos dos factores que contribuem para a solidez da aliança são modificáveis. Meier e colegas (2005) sugerem, por isso, que se podia trabalhar os aspectos do bem-estar psicológico, da motivação e da capacidade de envolvimento em relações sociais dos clientes, de modo a promover a qualidade da aliança e os próprios resultados terapêuticos.

2.3. Acção da aliança terapêutica

A investigação empírica referenciada nos subtítulos anteriores confirmou a influência positiva da aliança sobre os efeitos benéficos da terapia e desvendou os seus padrões de evolução ao longo do processo psicoterapêutico. Interessa agora perceber *como* funciona a aliança. Ou seja, como actua a relação terapêutica sobre a eficácia da terapia? Que papéis concretos desempenha a aliança na mudança terapêutica?

Para Gaston (1990), a aliança terapêutica pode assumir três funções na psicoterapia: (1) ser terapêutica por ela própria e em si mesma; (2) ser um pré-requisito necessário à efectividade e eficácia das intervenções técnicas terapêuticas; e (3) ser um factor de interacção com as intervenções de exploração ou de apoio dos terapeutas, da qual depende o sucesso terapêutico. As duas últimas acções são apoiadas pelo estudo de Rector e colegas (1999), segundo o qual a aliança tanto facilita a aplicação dos aspectos técnicos da terapia, como desempenha um influência directa positiva nos resultados da terapia, ao interagir com as técnicas. De uma maneira geral, porém, a literatura suporta a ideia de que a aliança é tanto o *contexto* como *parte do conteúdo* da terapia (Horvath, 2000). Alguns autores defendem que a influência da aliança sobre a eficácia da terapia segue uma relação directa de causa-efeito, ao passo que outros argumentam a favor do papel mediador da aliança. Na discussão da consistência dos resultados da sua meta-análise, Martin e colaboradores (2000) defendem a associação directa entre a aliança terapêutica e os resultados da terapia, e consideram encontrar aí evidências de suporte para a hipótese da aliança ser terapêutica *em si mesma e por si mesma*. Por seu lado, Casey e colegas (2005) defendem que o papel da aliança consiste em facilitar a mudança cognitiva, enquanto Schönberger e parceiros (2006) e Strauss e Johnson (2006) sugerem que a aliança é um agente terapêutico apenas na medida em que facilita a adesão dos clientes quer à sua condição clínica, quer aos métodos de tratamento. Temos, assim, dados que suportam duas acções distintas: por um lado, a aliança é “terapêutica” porque promove a eficácia dos ingredientes verdadeiramente terapêuticos, e por outro, é terapêutica em si mesma. Esta conclusão (provisória) merece dois comentários. Em primeiro lugar, as duas acções não têm de ser mutuamente exclusivas. Segundo, se a acção mediadora se explica pelo efeito mediador positivo, a acção terapêutica permanece por explicar. Estes dois comentários permitem-nos introduzir uma das mais sólidas e pertinentes explicações da acção da aliança terapêutica.

Tendo por pano de fundo os projectos Vanderbilt I e II, e as suas mais de três décadas de pesquisas, Henry e Strupp (1994) concebem a aliança terapêutica como um processo interpessoal. Enquanto processo interpessoal, a aliança reflecte “uma sucessão cumulativa de estados momentâneos na díade”

terapeuta-cliente (Henry & Strupp, 1994, p.79), os quais influenciam e são influenciados por dimensões secundárias, como o vínculo afectivo e o acordo relativo a objectivos e tarefas da terapia, bem como pela história relacional dos dois. Ou seja, a aliança é vista como o processo contínuo de trocas entre terapeuta e cliente. Para estes autores, a aliança é tanto curativa em si mesma e por si própria, como desempenha uma acção mediadora determinante para o sucesso da terapia. Uma vez que considerámos que a acção mediadora da aliança se explicava por si mesma, e dado que, no modelo proposto por Henry e Strupp, esse efeito mediador se cruza com o papel em si mesmo benéfico da aliança, deixamos para o fim a primeira acção para nos concentrarmos por agora na segunda. Além do mais, é na explicação da acção operada pela aliança que reside a novidade e inovação deste modelo.

A aliança “é um agente suficiente da mudança terapêutica directa subjacente a todas as psicoterapias” (Henry & Strupp, 1994, p.64). De acordo com os autores, o manejo da aliança é um *modus operandi* psicoterapêutico, ou seja, o terapeuta utiliza a relação como instrumento de trabalho. Neste sentido, os autores olham para a aliança simultaneamente como um factor comum e como um factor específico (no sentido de “técnica”). E como funciona, então, a acção terapêutica da aliança?

Henry e Strupp explicam o mecanismo de mudança directa operada pela aliança com base na teoria interpessoal da introjecção de Harry Sullivan. De acordo com esta teoria, as pessoas aprendem a relacionar-se consigo mesmas a partir das relações precoces estabelecidas com Outros significativos. Ou seja, esses padrões relacionais são internalizados, permanecendo as introjecções estáveis ao longo do tempo – nós representamos intrapsiquicamente as relações interpessoais significativas do passado – na medida em que as pessoas tendem a “seleccionar” relações que as confirmem. A relação terapêutica opera sobre estas introjecções, alterando-as e melhorando-as, porque as desconfirma, ou mantendo-as e piorando-as, porque as reforça. É deste modo que a “mera” relação terapêutica é curativa em si mesma: “a internalização ou introjecção de processos interpessoais curativos é um factor comum em todas as psicoterapias” (Henry & Strupp, 1994, p.70). O modelo da aliança enquanto processo interpessoal acaba por recuperar os conceitos de vinculação e de base segura de Bowlby (1992, 1977). “Um

terapeuta aplicando a teoria da vinculação vê o seu papel como sendo um de fornecer as condições nas quais o seu paciente pode explorar os seus modelos representativos dele próprio e das suas figuras de vinculação [,] tendo em vista a sua reavaliação e reestruturação à luz da nova compreensão que adquire e das novas experiências que vive na relação terapêutica” (Bowlby, 1992, p.138). Nesta perspectiva, o psicoterapeuta tem quatro tarefas a desempenhar: (1) fornecer uma base segura a partir da qual o cliente se possa explorar a ele próprio, bem como as suas relações; (2) examinar com o cliente a forma como ele se envolve nas relações interpessoais actuais, incluindo a terapêutica; (3) ajudar o cliente a reconhecer como as suas percepções, sentimentos e acções possam ser o produto das experiências que viveu com as suas figuras de vinculação na infância e juventude, e que possa viver ainda na actualidade; e (4) capacitar o cliente para reconhecer como os seus modelos pessoais e relacionais resultantes do passado possam ser, ou não, adequados para a sua vida presente e futura (e até talvez possam nunca o ter sido) (Bowlby, 1992, 1977). As sugestões que Bowlby dirige aos terapeutas reflectem-se com nitidez no modelo da aliança terapêutica enquanto processo interpessoal.

A acção mediadora da aliança, por seu lado, não dispensa o seu outro papel terapêutico. Henry e Strupp (1994) sugerem que as técnicas terapêuticas se entrecruzam com a aliança, podendo ambos potenciar-se mutuamente. Os autores ilustram esta dupla acção com a interpretação, enquanto técnica psicodinâmica. A interpretação – por mais correcta que seja e por mais adequada que seja a sua transmissão – tende a investir elementos culpabilizadores e pejorativos no cliente, o que pode piorar as suas introjecções. Utilizando correctamente o processo interpessoal que define a aliança, o terapeuta interpreta aspectos do cliente boicotando os atavismos das suas introjecções, oferecendo ao mesmo tempo uma experiência relacional curativa. Ou seja, os processos interpessoais potenciam ou bloqueiam a eficácia de intervenções técnicas específicas. Uns e outras revelam-se conceptualmente indissociáveis. Este modelo foi empiricamente apoiado ao longo do projecto Vanderbilt II, a partir da análise das interacções entre os terapeutas e os clientes, baseadas no sistema de Análise Estrutural do Comportamento Social de Benjamin (1974, citado por Henry & Strupp, 1994). A investigação empírica, portanto, parece suportar a ideia de que a aliança é

simultaneamente terapêutica em si mesma e o contexto facilitador da terapia, sugerindo ainda uma grande interdependência entre as ambas as acções.

A utilização “técnica” pelo terapeuta da relação com o seu cliente – apoiada na função inerentemente terapêutica da relação – para trabalhar as dificuldades do último (sobretudo, relacionais) e para promover a mudança pessoal, é defendida por outros autores, não só de orientação psicodinâmica (Bordin, 1979, 1994; Brockman, 2001; Mallinckrodt, 2000; Meissner, 2006), mas também integradora de base cognitiva (Safran & Segal, 1990). Brockman (2001) situa na relação entre o cliente e o terapeuta a essência da psicoterapia enquanto ciência. O terapeuta utiliza a relação – e em concreto, a transferência e a contratransferência¹⁷ – não só para a ajuda psicoterapêutica, mas também para a própria formulação clínica dos problemas do cliente. Pelos processos transferenciais, o terapeuta acede à condição mental do cliente, aos seus afectos e à sua história de vida. Em nosso ver, a originalidade deste autor prende-se com a conceptualização da relação terapêutica como meio de compreensão (mais do que meramente diagnóstica) do cliente. Brockman (2001) metaforiza a psicoterapia como viagem e a formulação clínica como cartografia da mente, indispensável para traçar o rumo da primeira, e oferece o enquadramento conceptual que permite realizar a metáfora, e que é precisamente a utilização clínica da relação terapêutica. A utilização da relação, não tanto para a formulação clínica, mas para o tratamento em si mesmo, é, com efeito, fortemente aconselhada por alguns autores psicodinâmicos, como Meissner (2006, p.265), que advoga que “a aliança fornece o contexto e a perspectiva nas quais estes fenómenos neuróticos e instintivos podem ser explorados, trabalhados, compreendidos e adaptativamente modificados”. Mallinckrodt (2000), por seu lado, utiliza explicitamente a aliança terapêutica como meio facilitador da mudança. Este autor defende que a relação terapêutica é ela própria um veículo de mudança, na medida em que fornece experiências de vinculação correctivas. A mudança terapêutica situa-se no plano relacional, uma vez que, de acordo com o autor, a

¹⁷ Brockman (2001) introduz ainda o conceito de *extratransferência*, para se referir aos processos transferenciais que os clientes experimentam na vida quotidiana, e que trazem para a relação terapêutica ao relatá-los. O autor sugere que o terapeuta utilize também esses processos como meio de formulação clínica e intervenção terapêutica.

maior parte dos problemas dos clientes em terapia pode ser entendida enquanto padrões mal-adaptativos de interação pessoal.

Safran e Segal (1990) oferecem uma das contribuições mais importantes para a afirmação do potencial terapêutico da aliança. Eles partem da constatação da menor importância da relação terapêutica, por contraste com as técnicas específicas, no contexto da terapia cognitiva, considerando esse desequilíbrio prejudicial para a prática clínica. Assim, propõem um modelo que cruza a terapia cognitiva com os processos interpessoais (e.g., debate cognitivo dos esquemas hipervalentes na interação pessoal), e definem a psicoterapia como um encontro humano, inspirados pelo pensamento de Buber (1969). Os autores propõem “clarificar o processo através do qual este encontro humano produz mudança, e quais as aptidões relevantes que devem estar incluídas na capacidade de usar a nossa própria humanidade como um instrumento terapêutico”, de forma a boicotar a perpetuação “da abordagem mecanicista da terapia que não consegue reconhecer a natureza fundamentalmente humana do encontro terapêutico e do processo de mudança” (Safran & Segal, 1990, p.5). Esta evolução conceptual e prática que operam na terapia cognitiva realiza-se com a convocação da influência teórica de outras abordagens psicoterapêuticas, como a terapia interpessoal, a *gestalt* e a centrada no cliente. Os autores sintetizam o seu modelo cognitivo-interpessoal em doze princípios, a saber:

- (1) A abordagem baseia-se na exploração fenomenológica, e não na interpretação;
- (2) Ênfase no acesso e modificação de processos cognitivos no “aqui e agora” emocional da relação terapêutica;
- (3) A relação terapêutica é vista como um laboratório para explorar processos cognitivos e afectivos, bem como para desafiar esquemas interpessoais;
- (4) Salienta-se a exploração em profundidade dos processos do cliente no contexto da relação terapêutica;
- (5) Deve-se formular, compreender e rever continuamente o esquema interpessoal do cliente;

- (6) O terapeuta utiliza os seus sentimentos para gerar hipóteses sobre padrões interpessoais e para identificar marcadores interpessoais¹⁸;
- (7) Os marcadores interpessoais são usados como conjunções para exploração cognitiva e afectiva;
- (8) A promoção da generalização é enfatizada;
- (9) O cliente é um colaborador activo na terapia;
- (10) A elaboração de rupturas na relação terapêutica é um poderoso agente de mudança;
- (11) O terapeuta desempenha um papel activo: ele explora, cria experiências, mantém-se receptivo;
- (12) A manutenção do foco terapêutico é salientada, de modo a manter o cliente em contacto com as questões nucleares da terapia.

A reparação das rupturas é uma questão sensível e central no pensamento destes autores, tratando-se de mais uma virtuosa contribuição da sua parte para a relação terapêutica e a psicoterapia em geral. As rupturas na relação terapêutica são uma inevitabilidade da psicoterapia; uma das perícias mais importantes do terapeuta consiste em saber lidar terapêuticamente com elas (Safran e Muran, 2000a, 2000b; Safran, Muran, Samstag & Winston, 2005). Safran e Muran definem dois tipos de rupturas: afastamentos e confrontações. Nas primeiras, os clientes desinvestem de um qualquer aspecto da terapia, num movimento de recuo por vezes tão subtil que o terapeuta nem se apercebe. As segundas descrevem a expressão aberta e directa de raiva ou insatisfação do cliente com o terapeuta ou qualquer aspecto da terapia. Ora, o trabalho de reparar estas rupturas representa uma oportunidade de ouro para a mudança do cliente. A reparação é realizada *na* e *pela* aliança, através de renegociações, directas ou indirectas, dos objectivos e tarefas da terapia e/ou da ligação afectiva entre terapeuta e cliente (Safran & Muran, 2000b). De acordo com os autores (Safran & Muran, 2000a, 2006), a mudança acontece basicamente no contexto da negociação de subjectividades diferentes. O modelo cognitivo-interpessoal e o de reparação de rupturas são exemplos

¹⁸ Os marcadores interpessoais são os comportamentos e comunicações que precipitam reacções emocionais negativas nos outros, iniciando ciclos interpessoais problemáticos. Os autores consideram indispensável que os clientes aprendam a reconhecer e monitorizem os seus marcadores interpessoais, para haver mudança.

maiores de como a aliança terapêutica pode ser, por si e em si mesma, psicoterapêutica.

O estudo do impacto da aliança terapêutica nos resultados da terapia, que neste capítulo procurámos resumir, fornece valiosa informação para a prática clínica. Consideramos que a psicoterapia pode resultar mais eficiente e mais eficaz se os psicoterapeutas souberem, desde logo, que uma aliança forte auspicia melhores ganhos terapêuticos, se investirem na formação de uma boa aliança no início da terapia, se conhecerem os padrões de evolução da aliança e se se prepararem para aproveitar as suas tensões e rupturas, se dominarem a aliança como um instrumento terapêutico, e se reconhecerem em si próprios, nos clientes, e na relação em si, as características que podem fomentar ou ameaçar a qualidade da aliança terapêutica. No entanto, é vital não assumir as evidências empíricas como verdades absolutas (por exemplo, Öjehagen, Berglund & Hansson, 1997, não conseguiram verificar uma relação positiva entre a aliança e a redução do consumo alcóolico), e ter consciência que muito falta ainda estudar. Se é verdade que a aliança antecipa resultados, é também verdade que os resultados positivos fortalecem a aliança. Crits-Cristoph, Gibbons e Hearon (2006) situam no estudo da direcção e complexidade da relação entre a aliança e os resultados da terapia um dos desenvolvimentos futuros de curto prazo na investigação em psicoterapia, e propõem como uma nova metodologia no estudo da aliança, a análise das flutuações momento-a-momento no processo terapêutico. Ainda relativamente às sugestões metodológicas, novas abordagens têm sido propostas, como o estudo qualitativo do diálogo entre terapeutas e clientes (Rennie, 2000) ou a análise da contribuição da díade terapêutica (e não do terapeuta ou do cliente, isoladamente) para os resultados da terapia (Kivlighan, 2007). Mahrer e Johnston (2002) propõem mesmo uma revolução paradigmática na forma de estudar a relação terapêutica, articulada em nove princípios que passam por olhar para a relação entre o terapeuta e o cliente como duas pessoas que “estão uma com a outra”, por novas conceptualizações sobre a natureza e os motivos das relações interpessoais, pela relação da profissão com as mudanças no mundo real, ou pelas excepções ao que é tido por garantido na relação terapêutica.

A investigação sobre a aliança terapêutica continua promissora. Embora pareça que alguns investigadores se começam a desinteressar por esta área de estudo, por acharem que pouco mais há a descobrir, outros (e.g., Gelso, 2006; Samstag, 2006) consideram justamente o oposto, continuando a ver no estudo da relação terapêutica questões por responder, que justificam não só a continuação da investigação, mas sobretudo a revisão de posições teóricas e a renovação de estratégias metodológicas. Desse ponto de vista, a investigação sobre a aliança terapêutica não só é promissora, como excitante.

3. Desenvolvimento do conceito de relação terapêutica

A relação terapêutica ocupa um lugar central na psicoterapia, enquanto o mais “comum” dos seus factores comuns. Por seu lado, a investigação empírica tem suportado a sua contribuição na promoção dos efeitos positivos da terapia. Mas, ao certo, o que é a relação terapêutica?

A literatura recorre amiúde a quatro expressões para definir, aparentemente, o mesmo fenómeno – *relação terapêutica*, *relação de ajuda*, *aliança terapêutica*, e *aliança*. Os termos são usados de modo intercambiável, sugerindo grande sinonímia. Apesar da literatura indicar que todos partilham aspectos importantes, existem diferenças substanciais quanto ao significado preciso de cada um (Horvath & Bedi, 2002). Muitas definições, com efeito, têm sido avançadas. A título ilustrativo, referimos duas. A aliança terapêutica é definida por Luborsky (1976, como citado em Gaston, 1990) como o vínculo entre o cliente e o terapeuta baseado na percepção do primeiro de que o segundo o pode ajudar, enquanto Frieswyk (1986, como citado em Gaston, 1990) a define como a colaboração activa do cliente nas tarefas da terapia. Escolhemos estas duas definições porque cada uma representa um aspecto nuclear da forma como a relação terapêutica tem sido conceptualizada. Com efeito, umas definições destacam os aspectos afectivos da colaboração do cliente, orientados para a pessoa do terapeuta, ao passo que outras salientam os aspectos técnicos, orientados para as técnicas dos tratamentos (Gaston, 1990). Gold (1993), numa perspectiva integradora, identifica três perspectivas operacionais da relação terapêutica: (1) a relação terapêutica “define e estrutura o modo como a técnica, o processo, e a mudança são considerados, procurados e avaliados” (p. 525); (2) a relação é uma variável dependente, cuja “evolução e curso são determinados por questões da intervenção e da técnica” (p.525); e (3) psicoterapia e relação terapêutica são uma e a mesma coisa, de modo que os dois conceitos não podem ser separados. Horvath e Symonds (1991), face à grande variedade nas definições aventadas ao longo de (agora) mais de sete décadas, notam haver um consenso geral em torno de duas ideias centrais: a aliança terapêutica encerra e descreve (1) o aspecto de colaboração presente na relação entre o terapeuta e o cliente e (2) a

capacidade de um e outro negociarem adequadamente a amplitude e profundidade do processo terapêutico. Gaston (1990) destaca a multidimensionalidade do conceito de aliança terapêutica e propõe que essas dimensões sejam complementares e compatíveis, uma vez que cada uma representa um aspecto relativamente independente da aliança. Na sua revisão da literatura, a autora identifica quatro dimensões, a saber:

- (1) a relação afectiva do cliente com o terapeuta;
- (2) a capacidade do cliente trabalhar de modo intencional na terapia;
- (3) a compreensão e envolvimento empáticos do terapeuta;
- (4) o acordo do cliente nos objectivos da terapia.

Clarkson (1990, como citado em Nuttall, 2002) identificou cinco modos de relação terapêutica: (1) aliança terapêutica; (2) relação transferencial/contratransferencial; (3) relação reparadora ou desenvolvimental; (4) relação real; e (5) relação transpessoal¹⁹. Hatcher e Barends (1996) estudaram a forma como os clientes conceptualizam a relação terapêutica, e identificaram três aspectos centrais: (1) colaboração de confiança, que tem que ver com a confiança e compromisso com que os clientes se envolvem num processo que consideram promissor e que acham que os pode ajudar; (2) expressão do afecto, e em particular a possibilidade de expressar negatividade e hostilidade; e (3) abertura e expectativa em relação à evolução e resultados da terapia, mesmo apesar de algumas frustrações durante o processo terapêutico.

Dada a variabilidade, rica e complexa, das formas de entender a aliança terapêutica, julgamos pertinente analisar as diferentes contribuições teóricas para o conceito. Este exercício poderá elucidar porque não existe ainda uma definição universalmente consensual da aliança terapêutica.

3.1. Antecedentes históricos e teóricos do conceito de aliança terapêutica

¹⁹ Relativa à dimensão espiritual ou inexplicável da relação terapêutica. Nuttall (2002) refere que este modo de relação terapêutica poderá descender da importância que Jung conferia à dimensão misteriosa da natureza humana, a ter em conta no processo psicoterapêutico.

A história da relação terapêutica recua até Freud, e a dois textos seus de 1912 e 1913. A maioria dos autores considera-o pioneiro no interesse pela aliança e no destaque da sua importância para o sucesso terapêutico. Depois de Freud, outros psicanalistas acrescentaram e alargaram as suas ideias iniciais, fazendo do conceito de aliança património quase exclusivamente psicodinâmico. A evolução histórica da aliança recebe um impulso decisivo – e talvez definitivo – com a Terapia Centrada no Cliente (década de 50 do século XX), de Rogers. A partir deste autor, a aliança passa a ocupar um lugar central na psicoterapia, não apenas teórico mas também empírico, já que ele foi um dos autores que mais impulsionou a investigação científica em torno da relação terapêutica. Entre os anos 60 e os anos 80 do século XX, a teoria da influência social vem inaugurar uma nova etapa histórica no desenvolvimento teórico do conceito de aliança. Finalmente, a quarta e última etapa da evolução histórico-conceptual da aliança corresponde ao modelo pan-teórico, proposto por Bordin na passagem dos anos 70 para os anos 80 do século XX.

Nas páginas seguintes, procuramos dar conta das contribuições teóricas de cada uma destas fases históricas da maneira de compreender a relação terapêutica. Notámos a escassez, ou mesmo inexistência, de referências da literatura a outros aspectos que, muito embora sejam um pouco marginais, podem ser potencialmente pertinentes do ponto de vista teórico para a conceptualização da relação terapêutica. Não encontramos, com efeito, estudos empíricos discutindo aspectos filosóficos (e.g., Buber, 1969), antropológicos (e.g., Hall, 1986), etológicos (e.g., Vieira, 1980), ou sociológicos (e.g., Goffman, 2001) da relação terapêutica. Neste sentido, o relato que se segue centra-se em exclusivo em aspectos teóricos eminentemente psicológicos.

Como antes referimos, o conceito de aliança não é consensual, pelo que se torna indispensável debater as diferentes fontes teóricas da sua conceptualização. Além disso, os instrumentos de medida da aliança revelam-se tributários de uma determinada perspectiva teórica, o que reforça a importância de as analisarmos individualmente. Mais adiante, no quarto capítulo, os principais instrumentos serão revistos e confrontados. De momento, passamos em revista os antecedentes conceptuais da aliança terapêutica, incluindo os três primeiros momentos históricos num único

subtítulo, e isolando a contribuição de Bordin numa secção à parte, uma vez que o instrumento por nós estudado – e que é o objecto último desta dissertação – se baseia no seu modelo.

3.1.1. Contribuições da psicanálise

As referências de Freud à relação entre o analista e o paciente surgem no contexto da sua discussão em torno da transferência. Freud (1958a) teoriza que as disposições inatas das pessoas associadas às experiências precoces da vida criam uma estampa (ou estereótipo tipográfico), que é constantemente reimpressa ao longo da vida. Esta “reimpressão” depende da presença de condições externas e da natureza dos objectos a serem investidos, mas não é totalmente imune à mudança. Ou seja, experiências recentes podem modificar a estampa inicial. É de esperar, então, que este *cliché* (para manter a metáfora tipográfica) seja imprimido também à relação com o analista, sobretudo quando o paciente vê nele a imagem da mãe (ou do pai, ou de um irmão), a qual acciona o *cliché*. É neste sentido que a relação com o analista vai ser marcada por processos transferenciais, os quais recuperam, na relação actual, os aspectos nucleares que fizeram, no passado, o *cliché*. O autor distingue entre transferência negativa e transferência positiva, consoante se transfiram, respectivamente, sentimentos hostis ou sentimentos afectuosos. Esta distinção é muito importante, porque é apenas a transferência negativa (e a positiva, quando se refere a impulsos eróticos reprimidos) que vem suscitar as maiores resistências do cliente ao trabalho terapêutico. A transferência (negativa, entenda-se) “é a mais poderosa arma da resistência” (Freud, 1958a, p.104). Repetidamente, “quando nos aproximamos de um complexo patológico, a porção desse complexo que é capaz de transferência é empurrada para a frente na consciência e defendida com a maior das obstinações” (p.104). No trabalho analítico,

o paciente olha para os [impulsos inconscientes em estado vígil] como contemporâneos e reais (...) o doutor tenta compeli-lo a ajustar esses impulsos emocionais ao nexo do tratamento e à sua história de vida, a submetê-los à consideração intelectual e a compreendê-los à luz do seu valor psíquico. Esta luta entre o doutor e o paciente, entre a vida intelectual e a instintiva, entre

compreender e procurar agir, é realizada quase exclusivamente no fenómeno da transferência (Freud, 1958a, p.108).

Consideramos indispensável esta sucinta exposição do pensamento de Freud sobre a transferência, no que à prossecução do processo terapêutico diz respeito, pois é precisamente aí que entram em campo as suas considerações relativas à relação terapêutica. É que, por causa da transferência, o trabalho analítico encerra uma aparente impossibilidade: “como aplicar um método racional sem que ele seja contaminado pelo objecto a que se aplica, irracional por excelência”? (Dias, 1983, p.25-26). Com efeito, Freud (1958b, p.139) considera que a análise da transferência não deve ser empreendida até que “um *rapport* adequado” esteja estabelecido com o cliente. Ele adianta mesmo que “o primeiro objectivo do tratamento é ligar [o cliente] à pessoa do doutor” (Freud, 1958b, p.139). Freud considera que quando o terapeuta exhibe um interesse sério pelo cliente, este último estabelece um vínculo com o primeiro, ligando-o a uma das imagens das pessoas do seu passado que o trataram de modo afectuoso. Ora, esta parte da relação entre o analista e o paciente é baseada na realidade, pressupõe um esforço a dois para vencer as dificuldades do cliente, e consubstancia uma relação não-objectável, uma transferência positiva, que não deve ser analisada, uma vez que concorre para aumentar a motivação do cliente em colaborar activamente com o terapeuta (Freud, 1958b; Horvath & Bedi, 2002; Safran & Muran, 2000a).

A contribuição de Freud situa-se, portanto, no plano da relação entre a aliança terapêutica e os processos transferenciais que tomam lugar na terapia. Uma ligação positiva com o analista, baseada numa disposição amigável, afectuosa, emocionalmente neutra, e de aceitação por parte deste, reforçava a confiança e a adesão do cliente ao analista e ao trabalho doloroso sobre o seu funcionamento neurótico, e facilitava a interpretação e elaboração da transferência. Na realidade, Freud não formulou qualquer definição da aliança. No entanto, deixou um legado teórico que ainda hoje é um dos alicerces da conceptualização da aliança: “tanto a sabedoria de reconhecer a importância da ligação do cliente ao terapeuta, como da sua ambiguidade em relação ao estatuto dessa ligação (baseada na realidade e consciente *versus*

transferencial e inconsciente) tem ecoado ao longo da evolução do conceito” (Horvath & Bedi, 2002, p.38).

Ferenczi (1932, como citado em Safran & Muran, 2000a) vem acrescentar duas novidades à visão psicodinâmica da relação terapeuta-cliente, uma relativa às “estampas” e outra à realidade do terapeuta. Segundo Safran e Muran, Ferenczi foi o primeiro psicanalista a defender ser essencial os clientes não só recordarem, mas também aliviarem o seu passado problemático no contexto da relação terapêutica. Ou seja, não bastava reconhecer a “estampa”, era fulcral melhorá-la, modificá-la. Ferenczi foi também pioneiro a reconhecer o papel da personalidade e da experiência do analista no tratamento, realçando quer o terapeuta como pessoal real, quer o seu papel resultante desse facto, na transferência dos clientes.

Uma das principais contribuições para o enriquecimento da perspectiva psicanalítica sobre a relação terapêutica, e para a melhor definição das bases sobre as quais o conceito se havia de desenvolver, deve-se a Sterba (1934, 1940, como citado em Gaston, 1990 e Safran & Muran, 2000a). Este autor introduziu o termo “aliança de egos²⁰” e destacou o papel activo e a capacidade do cliente trabalhar na terapia, tendo em vista o seu sucesso. A aliança de egos assenta no papel positivo da identificação do cliente com o seu terapeuta; a identificação com o terapeuta motiva o cliente a envolver-se nas tarefas terapêuticas. De acordo com Greenson (1967, p.46), para Sterba “a aliança forma-se entre o ego razoável do cliente e o ego analisador do analista”. Sterba distingue duas funções no cliente: observador e participante. É possível, por seu lado, estabelecer um paralelo entre estes dois egos e as formulações dinâmicas da relação até então – o ego participante transfere, o ego observador estabelece a “ligação positiva com o analista”. Aos dois egos correspondem, assim, duas relações que Freud havia já enunciado. A relação real é aquela baseada na realidade (a relação do “aqui e agora”), ao passo que a não-real é a relação transferencial. Esta última designa o que Horvath e Luborsky (1993) apelidam de “aliança-como-transferência”: emoções e pensamentos ligados a relações anteriores não elaboradas são transportados para a relação terapêutica, o que faz dela uma relação não-real, no sentido em

²⁰ *Ego alliance*, no original.

que se baseia em percepções ou interpretações errôneas. Com efeito, nesta distinção encontra-se um dos grandes consensos entre perspectivas dinâmicas sobre a relação terapêutica – seja qual for a definição, ela deve referir simultaneamente a influência de experiências relacionais e emocionais anteriores (transferência) e a realidade da relação actual (Horvath & Luborsky, 1993). A relação real é definida por Gelso (2004, como citado em Fuertes *et al.*, 2007) como a relação interpessoal entre dois ou mais sujeitos em que cada um é genuíno com o outro e o considera na sua unicidade e autenticidade. Existem, porém, autores que contrariam esta diferenciação entre relação real e não-real, suportando-se no argumento de que qualquer relação interpessoal é afectada pela história de relações precedentes, e de que a relação terapêutica não é excepção (e.g., Hatcher, 1990, como citado em Horvath & Luborsky, 1993). Enfim, Sterba operacionaliza o que Freud havia enunciado, ao falar na função participante e na função observadora do ego do cliente. Dizíamos que a relação terapêutica dependia da ligação entre aspectos razoáveis do cliente ao seu terapeuta. Para essa ligação se estabelecer, o terapeuta ajuda o cliente a separar a função participante da observadora, de forma que, funcionando no registo desta última, o cliente se possa aliar ao terapeuta na observação de si mesmo. Safran e Muran (2000a) designam esta “cisão terapêutica do ego” como um esforço para separar a racionalidade da irracionalidade. Sintetizando, Sterba separa a relação terapêutica da transferência, e situa-a na aliança, baseada na realidade, entre o ego observador do cliente e o terapeuta, naquilo a que outros autores posteriormente designaram por “transferência racional” (Fenichel) ou “transferência madura” (Stone; ambos como citado em Safran & Muran, 2000a).

A relação terapêutica é apresentada como uma nova relação objectal, por Bibring (1937, como citado em Horvath & Luborsky, 1993), que inaugura não só uma perspectiva sobre a aliança, como uma corrente teórica, onde se incluem, por exemplo, Gitleson e Bowlby. O cliente desenvolve a capacidade para estabelecer uma relação positiva e gratificante com o terapeuta, na sua essência diferente das vinculações precoces, o que “portanto representa uma nova classe de eventos” (Horvath & Luborsky, 1993, p.561). Neste sentido, Bibring amplia o conceito de relação terapeuta no que de distintivo ele tem em relação ao de transferência. A tarefa do terapeuta é oferecer-se como um

objecto novo, ou seja, contribuir para a relação positiva e real, de modo a que, no seu seio, o cliente tenha a oportunidade de reflectir nas discrepâncias entre os aspectos da relação que são distorcidos e aqueles que são baseados na realidade.

A relação terapêutica como nova relação objectal, como relação real que convoca a função observadora do ego, e como meio que permite elaborar as relações transferenciais, aproxima-se do que Alexander (1946, como citado em Safran & Muran, 2000a) designou por *experiência emocional correctiva*. Weinberger (1993, p.44) define-a como “[fazer] o paciente comportar-se de maneiras que ele (...) pode ter evitado previamente de forma a que (...) compreenda que as consequências temidas não ocorrem”. Brockman (2001, p194) explica “poderíamos aproximar-nos o suficiente para o examinarmos se, e apenas se, o presente se tornasse suficientemente seguro para ser questionado. Caso o presente se tornasse suficientemente seguro, o passado poderia ser mudado”. A experiência emocional correctiva oferece ao cliente a oportunidade maior para refazer as vivências neuróticas que inundam a relação transferencial.

De acordo com Zetzel (1956, como citada em Gaston, 1990, Horvath & Luborsky, 1993, e Safran & Muran, 2000a), a aliança terapêutica coexiste com a transferência. Aliás, uma análise bem sucedida implica a alternância entre uma e outra. A autora distingue, assim, transferência de aliança, definindo esta como a componente não-neurótica da relação analista-cliente. A aliança fornece ao cliente a distância necessária para, partindo das interpretações do terapeuta, destrinçar os resquícios transferenciais, dos aspectos baseados na realidade que marcam a relação entre ambos. Para Zetzel, a aliança depende da capacidade do cliente desenvolver uma relação estável e de confiança com o terapeuta, a qual por sua vez depende das suas experiências precoces. A aliança é um reviver dos aspectos positivos da relação mãe-criança: tal como a mãe procura criar um bom ambiente materno para desenvolver no seu filho uma sensação basal de confiança, também o terapeuta se deve ocupar, no início da terapia, em criar uma relação de apoio que fomente o desenvolvimento da aliança. A aliança resulta, então, quer da vinculação do cliente ao terapeuta, quer da sua identificação com ele. Além da clarificação na distinção entre transferência e aliança terapêutica, Zetzel é ainda responsável

pela introdução do conceito de *therapeutic alliance*. Onde, a grande maioria dos autores nesta área reconhecer a importância da sua influência na evolução do conceito da aliança terapêutica.

Numa proposta que parece herdar e combinar as heranças teóricas de Sterba e de Bibring, Gittleson (1962, como citado em Greenson, 1967) vem defender que o terapeuta se deve oferecer ao cliente enquanto bom objecto e ego auxiliar.

Greenson (1967) é outro dos autores que de modo mais saliente cunharam o conceito de aliança terapêutica. O seu modelo sintetiza as grandes contribuições anteriores e é delas tributário, por um lado, e, por outro, mantém-se ainda hoje como a formulação psicodinâmica mais aceite. O modelo proposto pelo autor considera que a relação terapêutica é constituída por três elementos: transferência, aliança terapêutica e relação real (Horvath & Luborsky, 1993). É também ele quem sugere a expressão *working alliance*, que define como “a relação relativamente não-neurótica e racional entre paciente e analista que torna possível para o cliente trabalhar com intencionalidade na situação analítica” (Greenson, 1967, p.46). A utilização do termo *working* é propositada, e serve para destacar a capacidade do cliente trabalhar intencionalmente na terapia. Para o autor, essa capacidade é nutrida pela aliança terapêutica. Por outro lado, a análise da transferência neurótica depende de uma boa e fiável aliança. Greenson (1967) defende que a aliança merece um estatuto idêntico ao da transferência, no que à relação paciente-terapeuta diz respeito. Na linha de Greenson, e mais recentemente, Meissner (2006) concebe a relação terapêutica com os mesmos três constituintes: aliança terapêutica, transferência (e contra-transferência) e relação real. Para este autor, estes componentes são claramente distintos, ainda que sejam na realidade simultâneos, concorrentes e entrecruzados. Eles sobrepõem-se, intersectam-se, modificam-se uns aos outros, o que torna difícil destrinchá-los.

Luborsky (1976, como citado em Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Luborsky, 1993; e Luborsky, 1994) considera que a aliança terapêutica é uma entidade dinâmica, que se altera em função de exigências diversas em diferentes fases da terapia. Ele apresenta uma concepção de aliança em duas fases. A primeira fase, que o autor designa de aliança de Tipo I e que é típica dos momentos iniciais da terapia, é caracterizada pela crença do cliente de que

o terapeuta o pode ajudar, e pelo fornecimento por parte deste último de uma relação calorosa, de apoio e cuidadora. Luborsky (1994) refere que no Tipo I da aliança o cliente sente seis sinais: o terapeuta é caloroso e apoiante; a terapia ajuda; o tratamento muda-o; há uma ligação ao terapeuta; o terapeuta respeita os seus valores; o processo terapêutico é válido. A aliança de Tipo II, que caracteriza as fases mais avançadas da terapia, define o envolvimento do cliente no processo terapêutico, o seu compromisso com os conceitos que estruturam a terapia e o investimento intencional, com partilha da responsabilidade, pelo processo psicoterapêutico. Trata-se já de um trabalho em colaboração, de uma luta conjunta contra as dificuldades do cliente. Luborsky (1994) afirma que esta fase inclui quatro sinais: o cliente vive a relação como um trabalho conjunto; o cliente partilha concepções semelhantes sobre os problemas; o cliente acredita que é crescentemente capaz de cooperar com o terapeuta; o cliente acredita nas suas capacidades para, de modo semelhante ao terapeuta, usar os instrumentos da terapia que aumentam o seu poder de compreensão. Horvath e Bedi (2002) fazem notar que o conceito de aliança proposto por Luborsky apresenta um cariz integrador, na medida em que procura captar os elementos da aliança comuns a várias terapias, muito embora se sustente em autores e concepções psicodinâmicas.

Sintetizando as contribuições psicanalíticas: (1) a relação terapêutica inclui três tipos de relação – transferência, aliança e relação actual baseada na realidade; (2) a relação amigável, afectuosa e de respeito sério do terapeuta pelo cliente favorece o trabalho terapêutico; (3) o cliente participa de modo intencional na terapia; (4) a identificação do cliente com o terapeuta facilita o trabalho terapêutico; (5) a relação terapêutica é uma experiência emocional correctiva, na medida em que o cliente estabelece uma nova relação objectal com o terapeuta, que enquanto ego auxiliar lhe proporciona a oportunidade de elaborar a relação transferencial; (6) a relação terapêutica pressupõe colaboração activa entre terapeuta e cliente, e nesse sentido ela existe *entre* os dois, na sua interacção relacional; ou seja, não reside nem num, nem noutro, porque depende de ambos (Horvath & Greenberg, 1989).

3.1.2. Contribuições da terapia centrada no cliente

A terapia centrada no cliente (Rogers, 1980, 1974, 1957, 1946) surge em reacção às abordagens psicológicas centradas nos especialistas (psicanalistas, psicólogos clínicos, conselheiros), dominantes na década de 40 do século XX. Então, a prática da psicologia clínica e do aconselhamento assentava no fornecimento de informação, sobretudo provinda da aplicação de testes, subentendendo-se que os problemas das pessoas se resolviam com, precisamente, o fornecimento de informação (Bordin, 1948, como citado em Orlinsky & Rønnestad, 2000). As propostas de Rogers, a início baseadas na experiência clínica e de natureza conceptual, representaram uma antítese crítica (Orlinsky & Rønnestad, 2000) em relação ao panorama vigente, e são historicamente revolucionárias. Com efeito, elas inauguram a tradição não-directiva da consulta psicológica, simbolizam a escola humanística da psicologia, e iniciam a autonomização da psicoterapia em relação à psicologia clínica e à psicanálise.

Rogers (1957) envolve-se num projecto pessoal de descoberta da unidade e regularidade inerentes à relação interpessoal no contexto do trabalho terapêutico.

Com o desenvolvimento da nossa experiência, tornava-se cada vez mais evidente que a probabilidade do progresso terapêutico em cada caso particular dependia fundamentalmente, não da personalidade do conselheiro nem das suas técnicas, nem mesmo das suas atitudes, mas da maneira como todos esses elementos eram experimentados na relação pelo paciente. Impôs-se-nos como factor central o modo como o paciente capta a entrevista. Esse modo determina se se verificará a resolução do conflito, a reorganização, o desenvolvimento, a integração, tudo elementos que a terapia comporta. O conhecimento que temos da terapia avançaria muito se conhecêssemos as respostas para estas duas questões: que significa o paciente fazer a experiência de uma relação como terapêutica? E, como podemos facilitar a experiência de uma relação como terapêutica? Não temos respostas para estas questões, mas pelo menos, aprendemos a formulá-las (Rogers, 1974, p.77)

Ele procura saber se “será possível estabelecer, em termos que sejam claramente definíveis e mensuráveis, as condições psicológicas (...)

necessárias e suficientes para causar mudança construtiva da personalidade?” (Rogers, 1957, p.95). A resposta alcançada por Rogers a esta questão vai permitir-lhe criar uma teoria da psicoterapia, da personalidade, e das relações interpessoais. Rogers (1957) sugere, então, seis condições, necessárias e suficientes, para a mudança construtiva da personalidade:

1. Duas pessoas em contacto psicológico;
2. Uma, o cliente, encontra-se num estado de incongruência e está vulnerável ou ansioso;
3. Outra, o terapeuta, é congruente ou integrado na relação;
4. O terapeuta experimenta consideração positiva incondicional pelo cliente;
5. O terapeuta experimenta uma compreensão empática do quadro de referência interno do cliente, a qual lhe tenta comunicar;
6. A comunicação da consideração positiva incondicional e da compreensão empática é suficientemente alcançada.

Para Rogers (1957), nenhuma outra condição é necessária para haver aprendizagem e crescimento (isto é, mudança) do cliente. No que toca à relação terapêutica, a novidade trazida por Rogers concentra-se nos pontos 3, 4 e 5, e refere-se à congruência, consideração positiva incondicional (ou aceitação incondicional), e empatia. De seguida vamos analisar cada um destes elementos, uma vez que eles encerram as três condições oferecidas pelo terapeuta que vão definir a relação terapêutica.

A *congruência* designa o “afrontamento adequado da experiência, realizado conscientemente” (Rogers, 1980, p.255). “Com este termo pretendo significar que qualquer atitude ou sentimento que esteja a experimentar se adequa à consciência que tenho desse sentimento ou dessa atitude” (Rogers, 1980, p.54). Quando isso acontece, o terapeuta é uma pessoa unificada e integrada – “posso ser o que sou no mais íntimo de mim mesmo” (Rogers, 1980, p.54). O autor advoga a genuinidade do terapeuta na relação com o cliente, defendendo que ele deve ser congruente, genuíno, autêntico, uma pessoa integrada, “livremente e profundamente ele próprio” (Rogers, 1957, p.97). Esta qualidade de acordo interno – e de ao mesmo tempo experimentar a relação como real, e não como se fosse uma representação – confere

constância, veracidade e eficácia à relação (Mota-Cardoso, 2000), e evita qualquer tipo de decepção do cliente (Rogers, 1957).

A *aceitação incondicional*²¹ significa que o terapeuta aceita todo e qualquer aspecto da experiência do cliente enquanto pessoa separada, diferente e autónoma. Esta atitude é sempre um reconhecimento da pessoa do cliente. O terapeuta não sente qualquer tipo de repulsa pelo que diz o cliente, não o aprova nem o desaprova, não o julga de nenhuma maneira. Ou seja, é totalmente tolerante. Rogers (1974) designa também esta atitude de impessoalidade interessada. Com efeito, a aceitação incondicional “obriga” o terapeuta a aceitar toda a expressão do cliente, seja ela positiva ou negativa, consistente ou inconsistente, sem “ses” nem “mas”, tanto no diálogo terapêutico, como no “eco” interno do terapeuta. Por outro lado, a aceitação incondicional é não possessiva. Rogers (1957, p.98) transcreve a frase de um cliente que ilustra cabalmente esta postura: “o terapeuta aumenta a minha posse da minha própria experiência”. A atitude de aceitação incondicional, veiculada num ambiente relacional caracterizado por calor, atenção, afecto, interesse e respeito, ajuda o terapeuta a dar ao cliente a “liberdade de ser” (Rogers, 1980, p.56).

A *empatia* é definida pelo autor como a sensação do mundo interno do cliente como se fosse do terapeuta, “mas sem nunca perder a qualidade do «como se»” (Rogers, 1957, p.99). Ou seja, ao procurar compreender empaticamente o cliente, o terapeuta é desafiado a experimentar a sensação dos sentimentos do cliente, sem permitir que os seus próprios sentimentos correspondentes aflorem à relação. A empatia é a capacidade de “mergulhar no mundo subjectivo” do cliente, de o “compreender no seu quadro de significação e não segundo os nossos [do terapeuta] juízos de realidade” (Mota-Cardoso, 2000, p.4). Quando o terapeuta consegue compreender com empatia, ele pode movimentar-se livremente no mundo interior do cliente, percebendo tanto o que é evidente para o cliente, como o que lhe é implícito, e apenas visto obscuramente. Ao comunicar a sua “sensação do mundo interno” do outro, o terapeuta leva o cliente a sentir-se compreendido (nos aspectos que

²¹ Ou *consideração positiva incondicional*. Rogers (1980) refere-se à “consideração positiva incondicional” também como “aceitação incondicional”. Por seu lado, a literatura em língua portuguesa tem reforçado esta última expressão. Por estas duas razões, utilizaremos preferencialmente “aceitação incondicional” como tradução da expressão original *unconditional positive regard*.

já percebia) e mais conhecido a si mesmo (quando verbaliza o significado de aspectos de que o cliente não tem consciência).

Rogers procurou confirmar a sua tese pela investigação empírica. Duas hipóteses nortearam os estudos que se estenderam sensivelmente por duas décadas, até aos anos 70 do século passado: (1) a relação oferecida pelo terapeuta é o maior elemento curativo em qualquer ambiente de ajuda; e (2) a relação oferecida pelo terapeuta é necessária e suficiente para a mudança psicológica. A investigação veio confirmar a primeira hipótese, ainda que demonstrasse que a eficácia da terapia se relacionava não com as propriedades objectivas das condições oferecidas pelo terapeuta, mas sim com a percepção dessas condições por parte dos clientes (Horvath, 2000). A segunda hipótese não pôde ser apoiada de forma substancial pela investigação, o que além de decepcionar os autores de inspiração rogeriana, terá contribuído para um progressivo “esvaziamento” da terapia centrada no cliente. No entanto, talvez este desfecho tivesse sido diferente, se os investigadores tivessem utilizado avaliações dos clientes, e não de observadores externos: “com efeito, quando as avaliações da relação são feitas a partir da perspectiva do cliente, os registos cumulativos da investigação apoiam fortemente a saliência dos factores da relação como predictores do resultado terapêutico (...) – mas não quando as avaliações das qualidades da relação são feitas por observadores independentes!” (Orlinsky & Rønnestad, 2000, p.843). De facto, décadas de investigação sobre a relação terapêutica demonstram que as avaliações dos clientes são melhores predictoras dos resultados da terapia que as dos observadores externos e dos terapeutas (Horvath, 2000). Por outro lado – ironia das ironias –, se é verdade que os resultados da investigação podem ter contribuído para que a terapia centrada no cliente seja agora praticamente inexistente enquanto prática terapêutica, é também verdade que os seus princípios se disseminaram por todas as escolas psicoterapêuticas. Num certo sentido, todas as abordagens psicoterapêuticas são, em graus diversos, centradas no cliente.

Rogers defende que a relação *per se* tem uma função terapêutica, através das condições oferecidas pelo terapeuta. A congruência, a aceitação incondicional e a empatia são condições necessárias e suficientes para despoletar no cliente os processos naturais de cura. A contribuição do

terapeuta, de acordo com Rogers, é eminentemente interpessoal, e não cognitiva ou técnica. Por isso, a relação sobrepõe-se a qualquer quadro teórico (Horvath, 2000; Orlinsky & Rønnestad, 2000). A relação terapêutica, por fim, é da responsabilidade do terapeuta, porque é ele que tem de fornecer as condições curativas às quais o cliente adere. Neste sentido, a relação terapêutica situa-se no lado do terapeuta (Horvath & Greenberg, 1989).

3.1.3. Contribuições da teoria da influência social

A teoria da influência social (Strong, 1968) é outra tentativa de conceptualização da relação terapêutica enquanto factor comum à generalidade das psicoterapias. De acordo com a teoria, é o poder de influência social do terapeuta que potencia a mudança do cliente (Horvath & Luborsky, 1993). Esta teoria baseia-se na psicologia social, que é assumida como um bom quadro de referência para compreender melhor o processo de mudança individual. Ela parte da premissa de que o terapeuta (mais concretamente, o conselheiro) é um “modificador de opinião”. Tanto os “modificadores de opinião”²² como os terapeutas usam a comunicação como meio para influenciar as pessoas, através da criação de dissonâncias cognitivas nos destinatários ou interlocutores. A dissonância cognitiva reflecte a discrepância entre a opinião do cliente sobre si mesmo e o mundo, e a opinião do terapeuta. Quanto maior a discrepância, maior a tensão psicológica que caracteriza a dissonância, e maior a vontade do cliente em a resolver. Com efeito, estando dissonante, o cliente tenderá a optar por uma opinião, de modo a reduzir o desconforto associado. Para Strong (1968), um comunicador altamente credível consegue provocar uma grande mudança de opinião sem contudo fazer o interlocutor sentir-se depreciado por mudar de perspectiva. A credibilidade do “influenciador” é determinada pela sua perícia (excelência de conhecimentos), fidedignidade, e atracção interpessoal. Vejamos cada uma destas dimensões com mais detalhe.

Perícia. O terapeuta é considerado perito (isto é, grande conhecedor, um *expert* teórico e técnico) em função da evidência objectiva da sua formação e treino (e.g., diplomas), da excelência teórica e elevada confiança subjacente

²² No sentido de *opinion-change communicators*.

aos seus argumentos, e da reputação e prestígio de que goza. A perícia de um terapeuta assegura a validação das suas comunicações.

Fidedignidade. Um terapeuta é de confiança porque tem reputação de honestidade, tem um papel social, é sincero e aberto, e revela desprendimento face a ganhos pessoais com o processo influencial. Para Strong (1968), a fidedignidade do terapeuta pode compensar a sua menor perícia.

Atracção interpessoal. A atracção social de um terapeuta depende da compatibilidade e similaridade com o cliente. A atracção do terapeuta será tanto maior quanto mais o cliente o aprecie e goste dele.

Strong (1968) sugere que a psicoterapia é um processo de influência social que decorre em duas fases. Na primeira etapa, o cliente é influenciado pela credibilidade (perícia e fidedignidade) e atracção do terapeuta, o que serve para maximizar a probabilidade do segundo reduzir a dissonância cognitiva pela adesão à influência do primeiro. Na segunda fase, o envolvimento do cliente na terapia aumenta o poder de persuasão subjacente à mudança. O terapeuta usa o poder de influência estabelecido na fase anterior para desenvolver a mudança cognitiva e comportamental do cliente.

De acordo com esta teoria, o sucesso terapêutico depende do grau em que o cliente acredita que o seu terapeuta é um perito de confiança, bem como do quanto o aprecia (Horvath & Greenberg, 1989). Ou seja, os resultados da terapia são mediados pelas avaliações do cliente relativamente às características do terapeuta (Horvath & Luborsky, 1993).

A investigação não forneceu evidências de apoio à teoria da influência social, revelando correlações, entre influência e resultados, modestas e inconsistentes em diferentes terapias (Horvath & Luborsky, 1993). Com efeito, alguns estudos apoiaram a utilidade dos conceitos relativos à influência social na terapia (LaCrosse, 1977), ao passo que outros revelaram resultados contraditórios – a manipulação do estatuto dos terapeutas tanto produzia percepções diferenciadas nos clientes, como não (Corrigan, Dell, Lewis, & Schmidt, 1980) –, dando a entender que o processo de influência social seria mais complexo que o originalmente postulado (Heppner e Heesacker, 1982). Corrigan e colegas (1980, p.432) concluíram mesmo que a utilidade do conceito de influência social não se encontrava esclarecida e que “as pessoas

tendem a mudar as suas atitudes independentemente da experiência ou estatuto atribuídos” ao terapeuta.

Horvath (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath & Luborsky, 1993) considera que a teoria da influência social é uma reacção à teoria de Rogers, na medida em que situa a relação terapêutica na percepção do cliente, e não no fornecimento de condições específicas por parte do terapeuta. Aliás, alguns autores desta teoria consideram os princípios da terapia centrada no cliente apenas na medida em que podem facilitar a acção da influência social. LaCrosse (1977), por exemplo, defende que a empatia e a aceitação incondicional por parte do terapeuta pode contribuir para aumentar o seu poder de atracção. O que fica, então, da contribuição da teoria da influência social para o conceito de relação terapêutica? Pensamos poder isolar três ideias essenciais: (1) a importância dos aspectos ligados ao terapeuta que podem influenciar a mudança do cliente; (2) o valor determinante, para aquilatar a qualidade da relação, das percepções do cliente relativas ao terapeuta; e (3) o pendor da relação para o lado do cliente.

Até ao momento, revimos as principais contribuições teóricas para o conceito de relação terapêutica. De seguida, apresentamos um modelo teoricamente neutro potencialmente unificador das dinâmicas que caracterizam a relação terapêutica.

3.2. Modelo pan-teórico da aliança terapêutica de Edward Bordin

Os *inputs* teóricos no desenvolvimento histórico do conceito de relação terapêutica criaram algumas dicotomias e divergências conceptuais assaz interessantes. Horvath (2006) salienta duas, situadas na diferença entre a relação consciente-racional e a inconsciente-transferencial, e no hiato entre a relação como elemento facilitador da terapia ou como ingrediente terapêutico activo. Na segunda metade da década de 70 do século XX, dois autores – Luborsky e Bordin – procuraram elaborar estes extremos aparentemente conflituantes, ao proporem conceptualizações teoricamente neutras da relação terapeuta-cliente. Embora alicerçados em teorias psicodinâmicas, ambos tentaram descolar as suas propostas de referenciais teóricos para as

estabelecer num domínio pan-teórico. O modelo de Luborsky foi já referido sucintamente; abordaremos de seguida o de Bordin, de forma mais detalhada, não apenas por ser “a mais robusta definição da aliança até à data” (Hatcher & Barends, 2006, p.293), mas também por ser a sustentação teórica do instrumento por nós estudado.

Em 1975, Bordin apresentou uma definição pan-teórica da aliança terapêutica, na sua conferência presidencial intitulada *The Working Alliance: Basis for a General Theory of Psychotherapy*, apresentada na Conferência Anual da *Society for Psychotherapy Research* da *American Psychological Association*. Na sua comunicação, Bordin defende que a aliança (1) é essencialmente uma relação consciente experimentada no “aqui-e-agora” e (2) bidireccional, no sentido em que envolve colaboração, concordâncias e negociações entre terapeuta e cliente, (3) e genérica a todos os processos de ajuda (Horvath, 2000). O autor atribui a genealogia do seu conceito a Greenson (1967), Rank, e Rogers (1974), em particular a três ideias: (1) aos conceitos de relação real e de aliança e (2) à participação activa do cliente no processo de mudança, e (3) ao “potencial poder curativo da relação terapêutica” (Bordin, 1994, p.14). Porém, difere dos seus autores inspiradores na medida em que enfatiza o papel da negociação explícita dos objectivos e das tarefas da terapia “na construção da aliança e na obtenção da força para ultrapassar tensões e rupturas” (Bordin, 1994, p.15).

Bordin (1979, 1994) sugere, assim, um modelo abrangente da relação terapêutica, baseado na colaboração e negociação mútua entre terapeuta e cliente (Horvath & Luborsky, 1993). O autor descreve esta relação mantendo a designação de *aliança terapêutica* proposta por Greenson (1967), que define do seguinte modo: “a aliança terapêutica entre o cliente buscando mudança e o terapeuta (...) como um agente de mudança, que incorpora uma compreensão e acordo mútuo acerca dos objectivos da mudança e das tarefas necessárias para perseguir esses objectivos, a par do estabelecimento de vínculos para manter o trabalho dos parceiros” (Bordin, 1994, p.13; vírgulas acrescentadas por nós). Deste modo, o autor define a aliança terapêutica como colaboração mútua constituída por três componentes interdependentes: consenso relativo aos objectivos, atribuição de tarefas e desenvolvimento de vínculos. Analisemos cada um em particular.

Objectivos. Os objectivos referem-se aos resultados esperados pelo cliente e pelo terapeuta, quer a curto quer a longo prazo. Bordin diz ser essencial que o “cliente à procura de mudança” e o “terapeuta agente de mudança” assentem uma concordância acerca das metas do trabalho terapêutico. Com efeito, é comum uns e outros possuírem “agendas escondidas”, como o atesta o habitual desejo de rápidas melhoras logo no início da terapia por parte dos clientes, nem sempre acompanhado pelas expectativas dos terapeutas, que sabem que o processo terapêutico poderá permitir, ou não, esses ganhos iniciais (Horvath & Symonds, 1991). Bordin (1979) debate o diferenciado peso e abrangência que o acerto dos objectivos tem em diferentes abordagens psicoterapêuticas; por exemplo, na terapia comportamental a definição de objectivos é uma actividade menos importante, e os objectivos são operacionalizados de modo mais restritivo (e.g., mudança de um comportamento), que nas psicoterapias psicodinâmicas (em que os objectivos abarcam o funcionamento total do indivíduo numa perspectiva integradora). Seja como for, Bordin considera que a negociação em torno dos objectivos é crucial para a construção de uma aliança sólida e para o bom êxito do processo terapêutico. A colaboração entre terapeuta e cliente na escolha dos objectivos influencia positivamente os resultados terapêuticos, na medida em que aumenta a capacidade de colaboração e a autonomia do cliente para lidar com os seus problemas. O autor enfatiza a importância de uma “busca cuidada com o paciente para que o objectivo da mudança que melhor capta a luta da pessoa com sofrimentos e frustrações relativos à sua história de vida, [seja] um elemento chave na construção de uma aliança terapêutica forte” (Bordin, 1994, p.15; vírgula acrescentada por nós). Com efeito, para o autor, a negociação é parte integrante da construção da aliança.

Tarefas. As tarefas são as actividades específicas em que terapeuta e cliente se envolvem para a facilitação da mudança. Ou seja, são os meios pelos quais ambos esperam concretizar os objectivos acordados. Bordin (1979) alerta para a relevância que as tarefas devem apresentar, a qual depende da clareza com que o terapeuta as consiga associar à maneira como o cliente sente as suas dificuldades e à sua motivação para a mudança. Mais uma vez, é essencial o consenso entre os dois relativamente a estes exercícios terapêuticos, ainda que a sua escolha pertença primeiramente ao terapeuta. A

definição das tarefas pode envolver negociação entre terapeuta e cliente, tendo em vista, sobretudo, a compreensão da pertinência dos mesmos pelo último, de modo a que ele continue desempenhando o seu papel activo na terapia.

Bordin (1994) alerta para a distinção entre objectivos e tarefas, pois considera existir uma confusão habitual entre os dois conceitos. Muitas vezes (o autor ilustra-o), o terapeuta afirma como sua tarefa algo que é um objectivo terapêutico. Ainda que os dois conceitos estejam intimamente associados, os objectivos reportam-se ao que se pretende fazer com a terapia, ao passo que as tarefas têm que ver com as estratégias que se vão seguir para realizar “o que se pretende fazer” e alcançar os fins inicialmente negociados. A clarificação dos objectivos dá-nos o “o quê?”, enquanto a definição das tarefas nos fornece o “como?”.

Vínculos. A aliança terapêutica está intimamente ligada à natureza das relações humanas, e pode por isso também ser caracterizada pelos aspectos associados ao relacionamento interpessoal. O conceito de vínculos refere-se precisamente à ligação afectiva entre o terapeuta e o cliente, e nele estão implícitos aspectos e vivências como a confiança e o respeito mútuos, a aceitação, a confidência, a apreciação recíproca, o compromisso, a compreensão partilhada (Bordin, 1994; Horvath, 2000; Horvath & Luborsky, 1993). Bordin (1979) chama a atenção para a diversificação nos laços estabelecidos pelo par terapêutico, em função da duração da terapia (e.g., é de esperar diferença a este nível entre um terapia de anos e uma outra de meses), das tarefas acordadas (e.g., a exploração do mundo interior do cliente implica vínculos diferentes daqueles necessários ao registo de pensamentos disfuncionais), e da ideologia subjacente ao papel do terapeuta (e.g., a diferença entre o “consultor” behaviorista e o “cuidador” centrado no cliente). O autor salienta que estas *nuances* não determinam necessariamente a força dos vínculos, mas atestam a variedade da sua natureza.

A vinculação do cliente ao terapeuta combina relações animadas pela transferência com relações baseadas na experiência relacional real entre ambos. Por vezes, os dois tipos de relação mostram-se independentes e distintos; outras vezes, são interdependentes e reforçam-se reciprocamente. Bordin (1994) considera que o cliente tanto é capaz de formar relações distorcidas (de natureza transferencial), como não distorcidas (baseadas na

realidade). Neste sentido, é tributário da separação entre transferência e aliança, proposta por Zetzel e Greenson, e anteriormente referida.

Os vínculos – baseados no quanto terapeuta e cliente gostam, respeitam e confiam um no outro – são o alicerce que sustenta os compromissos em torno dos objectivos e das tarefas, e o factor que anima, em ambos os parceiros, a capacidade de enfrentar tensões e resistências à mudança associadas à psicopatologia do cliente (Bordin, 1994).

As tensões na aliança terapêutica são outro dos aspectos centrais no modelo do autor. Ele define-as como desvios significativos no compromisso do cliente com a aliança terapêutica, independentemente de se relacionarem com os objectivos, tarefas ou vínculos. Bordin (1994) distingue as tensões próprias da fase inicial da terapia, em que a díade terapêutica procura estabelecer uma boa aliança, daquelas que ocorrem em estádios mais avançados do processo terapêutico, já depois da aliança ter sido estabelecida. Ele considera, neste último caso, que as tensões e rupturas podem reflectir alianças estabelecidas de modo incompetente. O trabalho de reparação dessas tensões e rupturas – que consiste em processos de renegociação dos objectivos e/ou das tarefas – representa uma oportunidade maior de mudança do cliente, sobretudo quando a sua psicopatologia é mais resistente à mudança (Bordin, 1994). Deste modo, o trabalho sobre as rupturas pode fortalecer a aliança e promover os resultados positivos da terapia.

O modelo de Bordin permite elaborar a dicotomia entre técnica e relação, na medida em que o autor defende que os dois elementos terapêuticos não podem ser separados. Ele considera-os não apenas interdependentes, como também reciprocamente reforçadores (Horvath & Luborsky, 1993).

A posição de Bordin sobre a função da aliança na promoção da mudança saudável do cliente parece ter sofrido algumas alterações ao longo do tempo. No início, o autor parece considerar que a aliança não é curativa em si mesma, mas sim um factor determinante na promoção da adesão do cliente ao tratamento e na facilitação da componente técnica da terapia (Horvath & Luborsky, 1993). Porém, mais tarde, Bordin (1994) vem afirmar o poder terapêutico da reparação das tensões e rupturas na aliança, sugerindo mesmo que sem as renegociações reparadoras o trabalho terapêutico não resulta bem sucedido (Hatcher & Barends, 2006). Esta posição do autor deixa transparecer

que a aliança, em si mesma e por si mesma, pode ser curativa. Com efeito, “a aliança, como concebida por Bordin, era uma condição facilitadora que fornecia o ambiente para realizar eficazmente uma variedade de tarefas terapêuticas e um agente terapêutico benéfico de direito próprio” (Horvath, 2000). Podemos concluir, tal como Horvath (2000), que a aliança é tanto contexto como conteúdo da terapia. Seja mais contexto, ou mais conteúdo, o que é claro e nada controverso no pensamento de Bordin, é que a mudança do cliente depende em parte da força da aliança (Bordin, 1979; 1994). Para o autor, a força da aliança refere-se ao grau com que o cliente julga que o terapeuta o pode ajudar, no contexto de uma relação de parceria. A força da aliança “gira em torno da experiência de novas possibilidades nas lutas do paciente e não num terapeuta-mágico carismático” (Bordin, 1994, p.15, nota 1). Bordin parece discordar do papel decisivo das expectativas de esperança na cura dos clientes, tal como Frank (Frank & Frank, 1993) havia postulado. Para Bordin (1994), com efeito, a mudança dos clientes depende de outros factores: da força da aliança, do poder das tarefas terapêuticas e das dinâmicas das tensões na aliança.

O modelo pan-teórico proposto por Bordin afirmou-se como a definição de aliança terapêutica. Ele capta os elementos essenciais do processo terapêutico comuns às diferentes psicoterapias, bem como as naturais variações que sofre em função das perspectivas teóricas a elas subjacentes (Orlinsky & Rønnestad, 2000). O conceito de aliança terapêutica de Bordin mostra-se mais compreensivo, abrangente e preciso, que outras noções da relação terapêutica, como a transferência ou a empatia (Horvath & Symonds, 1991).

Hatcher e Barends (2006) sintetizam os aspectos nucleares da contribuição de Bordin para a noção de aliança terapêutica:

- (1) na sua essência, a aliança descreve o envolvimento colaborante e intencional do terapeuta e do cliente, num esforço conjunto para melhorar os problemas do cliente;
- (2) a aliança é uma realidade interpessoal, que se desenvolve numa relação recíproca e interactiva; ela é claramente um conceito relacional (Orlinsky & Rønnestad, 2000);

- (3) a aliança pressupõe objectivos, tarefas e vínculos. A força da aliança é função directa (i) da concordância entre terapeuta e cliente relativamente aos objectivos e tarefas da terapia e (ii) do grau de confiança e respeito mútuos (isto é, dos vínculos) com que, de forma plena, os objectivos são suportados e as tarefas participadas;
- (4) a negociação é um aspecto central na aliança. A aliança desenrola-se com base em negociações iniciais e subsequentes renegociações durante o processo terapêutico, amiúde relacionadas com a reparação de tensões e rupturas. Diferentes tipos de terapias requerem negociações em actividades e compromissos diferentes, sem prejuízo do estabelecimento de vínculos satisfatórios e da concordância em objectivos e tarefas.

A concepção pan-teórica da aliança terapêutica foi amplamente acolhida em termos teóricos e largamente utilizada em estudos empíricos; Orlinsky e Rønnestad (2000, p.844) destacam o seu elevado poder operacional, e designam a definição de Bordin como “conceito pronto-a-investigar”. Com efeito, o carácter teoricamente neutro da proposta de Bordin mostrou-se apelativo, não só para a operacionalização para fins empíricos, mas igualmente para o maior acordo entre escolas psicoterapêuticas em torno da aliança enquanto factor comum. Porém, talvez se tenha passado rapidamente demais de uma ideia de relação terapêutica adstrita a teorias (e.g., psicodinâmica) para uma construção “a-teórica” transversal às teorias (Horvath, 2005). Esta mudança – apesar de, na sua essência, ser desejável e positiva – pode ter acarretado efeitos perversos ao nível da redução teórica da perspectiva sobre a relação entre um terapeuta e um cliente. Hatcher e Barends (2006) identificam na literatura duas consequências negativas do modelo de Bordin: a equiparação conceptual entre a dimensão técnica e a da aliança (para os autores, a técnica é uma actividade e a aliança é o que caracteriza essa actividade), e a confusão entre a aliança e a relação terapêutica na sua globalidade (para eles, a primeira não compreende todos os fenómenos que ocorrem no âmbito da última). Além disso, destacam o reduzido papel conferido ao cliente na definição da aliança: “Bordin estava à frente do seu tempo ao ver a aliança como negociada e diádica. No entanto, ele subestimou a contribuição activa do cliente para o processo negocial, destacando em vez disso o papel do

terapeuta em criar consenso e colaboração” (Hatcher & Barends, 2006, p.295). Safran e Muran (2006), apesar de considerarem útil o modelo de Bordin, encontram nele algumas limitações que se prendem com a capacidade do conceito explicar como ocorre a mudança. Os autores, por exemplo, consideram o conceito de intersubjectividade mais útil para compreender aquele aspecto. Estes autores defendem também que, em vez de colaboração, o que realmente existe é um processo contínuo de negociações, tanto conscientes como inconscientes, entre terapeutas e clientes, e propõem que se reconceptualize a aliança em termos de alterações momento-a-momento na qualidade dessa relação. O modelo da aliança terapêutica como processo interpessoal de Henry e Strupp (1994) havia já proposto um olhar mais “fino” sobre o “microcosmos da hora terapêutica” (Horvath, 1994b, p.259). De uma maneira geral, estes autores parecem sentir que o conceito pan-teórico da aliança é teoricamente “curto” para explicar a complexidade da relação entre o terapeuta e o cliente. Neste momento actual do desenvolvimento histórico do conceito, talvez faça sentido um certo regresso à teoria, tal como sugerem Horvath (2005) e Samstag (2006). No entanto, a centralidade do conceito de aliança proposto por Bordin (1979) permanece, na sua essência, inquestionável.

4. Avaliação da aliança terapêutica

Apresentamos agora os principais instrumentos psicométricos criados e desenvolvidos para o estudo empírico²³ da qualidade da relação terapêutica, procurando seguir a ordem cronológica do seu aparecimento. Será aberta uma excepção para uma das escalas – a *Working Alliance Inventory (WAI)* – por se tratar do instrumento que deu origem ao que nos estudámos, e por isso dedicaremos um sub-capítulo à sua apresentação. O presente capítulo encerrará com uma breve apresentação e discussão teorico-metodológica acerca do confronto da WAI com os restantes inventários, bem como de outros aspectos pertinentes relativos à investigação empírica sobre os processos e resultados da psicoterapia realizada com estes instrumentos.

4.1. Instrumentos para avaliação empírica da qualidade da aliança terapêutica

As escalas mais utilizadas na investigação empírica da relação terapêutica foram desenvolvidas nas últimas quatro décadas, e aquelas que mais directamente avaliam a aliança terapêutica foram criadas quase em simultâneo, por volta dos anos 1980-1990. No início, os instrumentos eram desenhados para serem utilizados por juízes externos. Os estudiosos da relação terapêutica consideravam que este procedimento assegurava a objectividade dos factos observados, a qual era crucial na investigação sobre a psicoterapia, sobretudo depois da argumentação de Eysenck (1952). Este autor, analisando 5 tratamentos psicanalíticos e 19 terapias ecléticas, verificou “uma correlação inversa entre recuperação e psicoterapia” (p.660) e concluiu que a psicoterapia não era mais eficaz que a remissão espontânea dos sintomas. Em consequência destes resultados, Eysenck (1952, p.662)

²³ Existe também um instrumento ultra-breve desenhado para a prática clínica, e não para a investigação empírica. Duncan e colegas (2003) apresentam uma escala denominada *Session Rating Scale*, composta por apenas quatro itens e desenvolvida para uso quotidiano em contexto terapêutico. Os terapeutas podem passar a escala no fim das sessões de forma a avaliar a força da aliança e a sua evolução, e em função desses resultados podem alterar a sua abordagem terapêutica ou estilo relacional. Os autores destacam uma relação moderada com outras escalas *standard* da investigação empírica, estabilidade moderada (revelada pelos coeficientes teste-reteste), e boa consistência interna ($\alpha=.88$).

desaconselhou a formação de psiquiatras e psicólogos clínicos em aptidões psicoterapêuticas, enquanto faltasse uma “prova definitiva [requerendo] uma investigação especial, cuidadosamente planeada e metodologicamente mais adequada que estas comparações *ad hoc*”. Apesar das limitações – quer dos estudos disponíveis na altura, quer da própria metodologia do autor – o artigo de Eysenck foi o que verdadeiramente inaugurou a investigação sistemática em psicoterapia²⁴. Ele é historicamente “explosivo” precisamente por causa disso²⁵. A argumentação de Eysenck (1952) enfureceu os psicoterapeutas (sobretudo, os psicodinâmicos), que se lançaram em força no estudo empírico da eficácia da terapia (confrontando-a com o efeito placebo), desejando contradizer Eysenck. A investigação empírica foi a grande vantagem daquele artigo. Uma vantagem colateral, por exemplo, foi a criação e desenvolvimento de terapias psicodinâmicas breves, justamente para facilitar o estudo da eficácia terapêutica. O desenvolvimento de instrumentos para avaliar a qualidade da relação terapêutica foi ainda influenciado pela “provocação” de Eysenck (1952). Dizíamos que no início as escalas eram feitas para serem preenchidas por observadores externos, dada a atitude positivista dos investigadores e a sua crença no “mito do objectivismo” (Lakoff e Johnson, 1980 como citados em Orlinsky e Rønnstad, 2000). Posteriormente, desenvolveram-se formas paralelas para clientes e terapeutas (Gaston, 1990), as quais, de modo significativo, vieram a mostrar-se com maior valor predictivo que as primeiras (Horvath & Symonds, 1991).

Observemos, então, essas escalas de modo sucinto.

4.1.1. *Relationship Inventory* (RI)

O RI, de Barret-Lennard (1962, como citado em Watson & Geller, 2005), avalia as condições oferecidas pelo terapeuta, e inscreve-se no modelo da terapia centrada no cliente de Rogers. É constituída por 40 itens, na sua versão reduzida (Watson & Geller, 2005), pontuáveis numa escala de Likert de 7

²⁴ Contudo, não foi feita a devida e merecida justiça a Eysenck (1952). O que parece ter ficado para a história da psicoterapia foi a “afronta” que os leitores norte-americanos viram no seu artigo. Tal leitura eclipsou o seu papel precipitante da investigação empírica em psicoterapia, que não foi adequadamente reconhecido. O próprio Eysenck (*This Week's Citation Classic*, 11 de Agosto de 1980) veio dar conta do ostracismo a que a comunidade clínica o votou, do “afastamento” de bolsas de estudo para estudar o seu modelo comportamentalista, do gozo escarnecedor ao seu artigo na literatura, da perda de amigos, tudo motivado pelo seu artigo de 1952, aquando da sua estadia de estudo nos E.U.A. para recolha de informação com vista à criação do curso de Psicologia Clínica na sua universidade londrina.

²⁵ Nos dias de hoje, mais de meio século depois, ainda há artigos que no título usam a expressão *A reply to Eysenck...*

posições. Os itens agrupam-se em quatro subescalas: empatia, congruência, valorização e aceitação, que representam as condições necessárias e suficientes postuladas por Rogers (1957). As subescalas apresentam boa consistência interna, com Alphas de Cronbach variando entre .82 e .96 na versão dos clientes, e entre .88 e .96 na dos terapeutas.

4.1.2. Escalas de Vanderbilt: VPPS e VTAS

Os projectos de Pesquisa da Psicoterapia de Vanderbilt I e II, que estudaram o processo psicoterapêutico, permitiram criar duas escalas: a *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* (VPPS) e a *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VTAS). A VPPS tinha por fim examinar a colaboração entre terapeutas e clientes, através das suas comunicações, ao passo que a VTAS foi construída especificamente para avaliar a aliança terapêutica (Henry & Strupp, 1994).

A escala VPPS (Gomes-Schwartz, 1978; Henry & Strupp, 1994) é composta por 84 itens classificáveis numa escala de Likert de 5 pontos, e apresenta boa consistência interna. A análise factorial permitiu isolar 7 dimensões (Gomes-Schwartz, 1978): (1) exploração do paciente, relativa ao nível de auto-examinação e exploração de sentimentos do cliente ($\alpha=.83$); (2) exploração do terapeuta, que mede o nível de examinação das dinâmicas psicológicas dos problemas do cliente ($\alpha=.91$); (3) participação do paciente, relativa ao envolvimento activo na interacção terapêutica ($\alpha=.86$); (4) hostilidade do paciente, que indica o grau de negativismo, hostilidade e desconfiança do cliente ($\alpha=.84$); (5) benevolência e “calor afectivo” do terapeuta, que mede a sua simpatia, calor humano e envolvimento ($\alpha=.83$); (6) atitude negativa do terapeuta, que mede atitudes ameaçadoras ou intimidadoras para o cliente ($\alpha=.65$); e (7) directividade do terapeuta, que avalia as atitudes directivas do terapeuta, como dar conselhos ou modelar comportamentos ($\alpha=.88$). Posteriormente, com refinamentos na escala, o autor reinterpretou estes factores, reagrupando-os em três novas dimensões: (1) processos exploratórios; (2) envolvimento do cliente; e (3) condições oferecidas pelo terapeuta (Gaston, 1990).

A escala VTAS (Hartley & Strupp, 1983, como citado em Henry & Strupp, 1994) foi construída a partir da mesma amostra que originou a VPPS, mas com uma intenção quantitativa diversa, e que consistia em avaliar o conceito de aliança terapêutica, tomando como conceitos de base aqueles expostos por autores como Greenson (1967) e Bordin (1979). A escala é composta por 44 itens, que se agrupam em seis factores: (1) clima positivo (perícia, compreensão e respeito transmitidos pelo terapeuta); (2) resistência do paciente (cliente mostra-se hostil, defensivo, ou desafiante); (3) intrusão do terapeuta (favorecimento de dependência e imposição de valores pelo terapeuta); (4) motivação do paciente (reconhece os problemas, deseja ultrapassá-los, trabalha activamente na terapia e concorda com os objectivos da mesma); (5) responsabilidade do paciente (responsabiliza-se e contribui livremente para as sessões); (6) ansiedade do paciente (defesa passiva como manifestação ansiosa) (Henry & Strupp, 1994). Os valores de consistência interna da escala são altos, situando-se em .93 e .95 (Cecero, Fenton, Nich, Frankforter & Carroll, 2005).

4.1.3. *Counselor Rating Scale* (CRS)

A CRS (LaCrosse, 1980) é baseada no modelo de influência social de Strong (1968). É composta por 36 itens, pontuáveis numa escala de Likert de 7 pontos, que se distribuem pelas três dimensões postuladas no modelo: perícia, atracção interpessoal e fidedignidade do terapeuta. As suas fiabilidade e validade discriminante (entre e intra terapeutas) foram confirmadas pela literatura (LaCrosse, 1980).

4.1.4. *Penn Helping Alliance Questionnaire* (HAq)

O *Penn Psychotherapy Project*, liderado por Luborsky e dedicado ao estudo de terapias psicodinâmicas, permitiu construir cinco escalas para medir a aliança terapêutica, conhecidas como as escalas Penn, baseadas no modelo de aliança terapêutica daquele autor (Horvath, 1994b). A mais recente, e mais refinada, é a HAq-II, que resulta de melhoramentos na anterior HAq-I, e é a que apresentaremos. Antes, porém, vamos traçar de modo sucinto a evolução destas escalas.

Em 1976, a equipa de Luborsky desenvolveu uma medida operacional a ser preenchida por observadores externos para avaliar os sinais que caracterizavam a aliança terapêutica – a *Helping Alliance Counting Signals* remete para os dois tipos de aliança terapêutica abordados no Capítulo 3. Posteriormente, os autores procuraram unificar os sinais identificados por aquele primeiro instrumento numa classificação global, que veio dar origem à *Helping Alliance Global Method*. Este instrumento, por sua vez, foi transformado numa escala de auto-resposta, que veio a ser designada por *Helping Alliance Questionnaire*. Na sua primeira versão, o HAQ era constituído por 11 itens e apresentava a aliança como um fenómeno unidimensional.

O HAQ actual é constituído por 19 itens (resultantes da extracção de 6 dos originais 11 e do acrescento de 14 novos itens), classificáveis numa escala de Likert de 6 pontos, e possui versões para o cliente e para o terapeuta. Apresenta elevada consistência interna, com Alphas de Cronbach variando de .90 a .94 na versão dos clientes, e de .90 a .93 na dos terapeutas (Barber *et al.*, 1999). O Alpha da escala total é de .96 (Cecero *et al.*, 2005)

4.1.5. *California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS)*

A CALPAS (Marmar & Gaston, 1988 e Marmar, Gaston, Gallagher & Thompson, 1989, como citados por Gaston, 1990, e Gaston & Marmar, 1994) é o resultado de desenvolvimentos de escalas anteriores.

A versão mais recente da CALPAS (Marmar e Gaston, 1994) é constituída por 24 itens e contém quatro subescalas: (1) comprometimento do cliente, que reflecte o aspecto relacional da aliança terapêutica²⁶; (2) capacidade de trabalho do cliente, que reflecte a componente de colaboração activa inerente à aliança terapêutica²⁷; (3) envolvimento e compreensão do terapeuta, que traduz a contribuição deste para a aliança; e (4) consenso sobre a estratégia do trabalho terapêutico, que reflecte a concordância entre terapeuta e cliente relativa aos objectivos e tarefas da terapia. A consistência interna das subescalas, medida pelo Alpha de Cronbach, é adequada. Na versão dos clientes, os valores variaram entre .43 e .73, e na dos terapeutas, entre .95 e .97. O enquadramento teórico da CALPAS engloba várias

²⁶ Conceito de *therapeutic alliance*, como apresentado por Zetzel (1956, como citada em Gaston e Marmar, 1994).

²⁷ Conceito de *working alliance*, como apresentado por Greenson (1967).

perspectivas teóricas, a saber: psicanalíticas, neo-psicanalíticas, humanísticas e ecléticas (Gaston & Marmar, 1994).

A CALPAS original continha 31 itens na versão do cliente e 5 na versão do terapeuta. Na versão do cliente, os 5 itens apresentavam-se altamente correlacionados, sugerindo que a aliança, avaliada pelos terapeutas, era um conceito unidimensional. Na versão dos clientes, a análise factorial fez emergir cinco dimensões: (1) comprometimento do cliente; (2) capacidade de trabalho do cliente; (3) compreensão e envolvimento do terapeuta; (4) desacordo nos objectivos e estratégias; e (4) contribuição negativa do terapeuta (Gaston, 1990). A CALPAS resulta da revisão de uma escala anterior, à luz do modelo de Bordin (1979), de modo a incluir itens relativos aos objectivos e tarefas da terapia. Essa escala anterior é a *California Psychotherapy Alliance Rating System* (CALTARS), desenvolvida por Marmar, Weiss e Gaston (1989, como citado em Gaston, 1990). Por sua vez, a CALTARS resulta da reexaminação das propriedades psicométricas de um instrumento anterior, o *Therapeutic Alliance Rating System* (TARS). O TARS (Marmar *et al.*, 1986, como citado em Gaston, 1990) era constituído por 41 itens, e foi desenhado para avaliar as contribuições positivas e negativas de terapeutas e clientes. Marziali (1984, como citado em Gaston, 1990) desenvolveu as formas paralelas da TARS para clientes, terapeutas e avaliadores externos, e sugeriu uma estrutura bifactorial: um factor referente à contribuição positiva total para a aliança, e outro relativo à contribuição negativa total. A CALTARS, por seu lado, é igualmente composta por 41 itens e constituída por cinco factores, três deles positivos (compromisso do cliente; capacidade de trabalho do cliente; compreensão e envolvimento do terapeuta) e dois negativos (resistência hostil do cliente; contribuição negativa do terapeuta) (Gaston, 1990).

4.1.6. *Agnew Relationship Measure* (ARM)

O ARM (Agnew-Davies *et al.*, 1998, como citado em Stiles, Agnew-Davis, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998) é o mais recente instrumento de avaliação da força da aliança terapêutica. Ele é integrador, na sua base teórica, pois combina perspectivas conceptuais diversas, tendo os seus itens sido estabelecidos a partir de outros instrumentos e do seu confronto com aspectos teóricos e validação por especialistas. É constituído por 28 itens, pontuáveis

numa escala de Likert de 7 pontos, e apresenta-se em formatos paralelos para os clientes e para os terapeutas. O ARM é composto por cinco factores, cada um com boa consistência interna: (1) vínculos ($\alpha=.82$ para clientes e $\alpha=.85$ para terapeutas); (2) parceria ($\alpha=.80$ para clientes e $\alpha=.81$ para terapeutas); (3) confiança ($\alpha=.87$ para clientes e $\alpha=.86$ para terapeutas); (4) abertura ($\alpha=.77$ para clientes e $\alpha=.86$ para terapeutas); e (5) iniciativa do cliente ($\alpha=.55$ para clientes e $\alpha=.55$ para terapeutas)²⁸. A ARM procura avaliar aspectos mais

Quadro I. 4.1.
Escalas de aliança terapêutica

Escala	Base teórica	N.º itens, Factores [Versões]	Consistência interna
VTAS <i>Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale</i>	Psicodinâmica e eclectica	44 (1) clima positivo (2) resistência (C) (3) intrusão (T) (4) responsabilidade (C) (5) ansiedade (C) [C, T, O]	.93 a .95*
HAq <i>Penn Helping Alliance Questionnaire</i>	Psicodinâmica e eclectica	19 (1) aliança Tipo I (2) aliança Tipo II [C, T, O]	.96*
WAI <i>Working Alliance Inventory</i>	Eclectica	36 (1) objectivos (2) tarefas (3) vínculos [C, T, O]	.84 a .93*
CALPAS <i>California Psychotherapy Alliance Scale</i>	Psicodinâmica, humanista e eclectica	24 (1) comprometimento (C) (2) capacidade de trabalho (C) (3) envolvimento e compreensão (T) (4) consenso sobre a estratégia de trabalho [C, T, O]	.43 a .73 (C) .95 a .97 (T)
ARM <i>Agnew Relationship Measure</i>	Psicodinâmica, humanista, eclectica e empirica	28 (1) vínculos (2) parceria (3) confiança (4) abertura (5) iniciativa (C) [C, T]	.55 - .87 (C) .55 - .86 (T)

*Nota : C – Clientes ; T – Terapeutas ; O – Observadores (juizes independentes); * - escala total.*

²⁸ A título de curiosidade, é o único instrumento aqui referido que não foi desenvolvido na América do Norte (mas sim no Reino Unido).

vastos da relação terapêutica do que apenas a aliança terapêutica (Stiles *et al.*, 2002), ainda que outros autores considerem que a escala subentende um e outro conceitos como equivalentes (Hatcher & Barends, 2006).

No quadro I.4.1. resumimos os instrumentos que avaliam *exclusivamente* o conceito de aliança terapêutica.

De seguida, analisaremos com maior detalhe o processo de desenvolvimento do *Working Alliance Inventory* e das suas versões reduzidas, bem como as suas propriedades psicométricas.

4.2. Construção e desenvolvimento do *Working Alliance Inventory* (WAI)

O *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg, 1989) começou a ser desenhado no fim dos anos 70 e início da década de 80 do século XX, por Adam Horvath, com base no modelo teórico de aliança terapêutica proposto por Bordin (1979). Por meio de análise de conteúdo das definições e descrições realizadas por Bordin relativamente a cada uma das três dimensões do conceito de aliança terapêutica, foram criadas 91 afirmações acerca de sensações, sentimentos, e atitudes experimentados pelos clientes em relação à terapia e ao terapeuta. Estes 91 itens foram então escrutinados por três psicólogos de orientações teóricas diferentes, por modo a clarificar possíveis enviesamentos conceptuais e linguísticos. Seguidamente, a lista de 91 itens foi avaliada por sete peritos no domínio da relação terapêutica, com vista ao teste da sua fidelidade de constructo. Cada avaliador classificava a relevância de cada um dos itens numa escala de Likert de 5 pontos (variando de “não relacionado com o conceito de aliança terapêutica” a “muito relevante” para o conceito). Os itens com relevância média inferior a 4 foram retirados da lista. Depois, calculou-se uma percentagem de concordância para todos os itens, a qual permitiu rejeitar 21 itens, por apresentarem uma concordância inferior a 70%, e reescrever outros 11. Nesta fase do processo, a lista de itens do que viria a ser o WAI continha 70 itens, com adequada validade de conteúdo, isto é, havia evidência de que o instrumento representava tanto o conceito como os constituintes da aliança terapêutica. Uma nova série de

classificação de conteúdo foi, ademais, levada a cabo, desta vez por 21 psicólogos, aleatoriamente seleccionados, seguindo os mesmos procedimentos da anterior. Em resultado desta nova classificação, 15 itens foram retirados da lista de 70, por não alcançarem os critérios de *cut-off*. Os restantes 55 itens foram então distribuídos por cada uma das três dimensões da aliança terapêutica, e, em cada um destes três grupos, os itens foram associados por grau de semelhança de significado, de modo a serem eliminados os sobreponíveis ou coincidentes, até se alcançar o número desejado de 12 itens por dimensão da aliança terapêutica. A percentagem média de concordância da classificação dos profissionais foi de 88,7% e o valor médio dos itens foi de 4,35% (Horvath & Greenberg, 1989). Desta lista final fizeram-se duas versões, uma para o terapeuta (T) e outra para o cliente (C), cada uma com 36 itens classificáveis numa escala de Likert de 5 pontos.

O WAI foi testado num estudo piloto com 29 estudantes de Psicologia que realizavam aconselhamento por pares. O inventário foi preenchido após a terceira sessão. Os itens foram analisados e a fidelidade das subescalas variou entre .85 e .88 na versão dos clientes, e .68 e .87 na dos terapeutas, ao passo que a consistência interna dos instrumentos foi de .93 na versão dos clientes e de .87 na dos terapeutas (Horvath, 1981 como citado em Horvath & Greenberg, 1989). Horvath e Greenberg (1989) relatam dois estudos clínicos que vieram permitir efectuar alterações na construção frásica de três itens na versão do cliente e de quatro na do terapeuta, e alargar a escala de Likert de 5 para 7 pontos, uma vez que os sujeitos ancoravam as suas classificações em três dos cinco pontos da escala original. Assim, o WAI compõe-se de 36 itens (12 por cada uma das dimensões do conceito de aliança terapêutica) classificáveis numa escala de Likert de 7 pontos.

Horvath e Greenberg (1989) e Horvath (1994a) descrevem estudos de validação do WAI que atestam as suas boas propriedades psicométricas. Os estudos de validade convergente demonstraram que o inventário se correlaciona positivamente com instrumentos que medem o conceito de relação terapêutica. Em concreto, Horvath (1994a) refere correlações entre o WAI e o CALPAS de .84 no caso da subescala de Objectivos, de .79 na de Tarefas, e de .72 na de Vínculos, e entre o WAI e o RI, com valores que variam de .3 a .49 para a subescala de Tarefas, de .43 a .59 para a de Objectivos, e de .6 a

.79 para a de Vínculos. No caso desta última comparação, a subescala de Tarefas surge como a mais independente, a de Objectivos como a mais sobreposta, e a de Vínculos como a mais correlacionada. No que respeita à validade discriminante, os estudos suportam igualmente as boas propriedades do WAI. Esta escala está menos relacionada com instrumentos que medem aspectos distintos da relação terapêutica, como o atesta a sua confrontação com o CRF. Os dados empíricos disponíveis até ao momento revelam sólidos valores de consistência interna do WAI: o Alpha total variando de .84 a .93, o Alpha das subescalas variando de .68 a .92, e o Alpha teste-reteste após três semanas de .80 para a escala total e de .66 a .74 para as subescalas, e após duas semanas de .83 para a escala total (Horvath, 1994a).

No que respeita à estrutura do instrumento, o WAI apresenta elevadas correlações entre subescalas, com valores variando entre .69 e .92. Horvath (1994a) destaca a elevada covariância entre as subescalas de Tarefas e Objectivos. Com efeito, já durante os estudos de desenvolvimento do inventário se havia registado um fenómeno que fazia suspeitar da elevada proximidade conceptual entre estas duas subescalas, e que foi a menor concordância entre os 21 psicólogos avaliadores relativamente a elas (85,3% de concordância para a subescala de Objectivos e 86,2% para a de Tarefas), por comparação com a taxa de concordância relativamente à subescala de Vínculos, que foi de 94,8%. A observação da estrutura do WAI permite questionar a dimensionalidade quer da sua própria estrutura, quer do conceito de aliança terapêutica que o mesmo – em face dos dados empíricos sobre os diferentes indicadores da sua validade – tão bem aparenta medir. Ou seja, existem de facto dimensões distintas na escala e no conceito, ou, por outro lado, as intercorrelações elevadas implicam a unidimensionalidade de ambos? Horvath e Greenberg (1989) desafiaram a comunidade científica a procurar a resposta a esta questão, sugerindo mais estudos da estrutura factorial do WAI.

4.2.1. Desenvolvimento do Working Alliance Inventory, Short (WAI-S)

Tracey e Kokotovic (1989), em resposta a este desafio, testam três modelos da estrutura factorial do WAI: o primeiro, postulando a existência de um único factor, o segundo considerando três factores correlacionados, e o terceiro ponderando uma hierarquia de dois níveis entre factores. Os autores

utilizam a análise factorial confirmatória numa amostra constituída por 84 clientes e 15 terapeutas (que classificaram a aliança terapêutica em relação a 123 clientes), com questionários preenchidos após a primeira sessão de psicoterapia. Nenhum dos modelos pôde ser confirmado pelas análises estatísticas utilizadas, uma vez que os seus resultados se situaram fora dos limites de aceitação. No entanto, após redução do número de itens, dos originais 36 para os 12 que obtiveram classificações mais elevadas, os autores recomendam a aceitação do modelo hierárquico com dois níveis, uma vez que os resultados para este modelo são aqueles que mais se aproximam dos limites estatísticos de aceitação. Assim os resultados da análise factorial confirmatória sustentam, na melhor das hipóteses, o modelo que postula uma organização estrutural do WAI – e, por acréscimo, do conceito de aliança terapêutica – em dois níveis, com um nível de primeira ordem constituído por três factores específicos – tarefas, vínculos e objectivos – e outro de segunda ordem, correspondente à aliança terapêutica. Ou seja, Tracey e Kokotovic (1989) propõem um modelo factorial hierárquico de dois níveis, com um factor geral (aliança) e três factores específicos (tarefas, vínculos, objectivos). Esta estratégia analítica possibilitou aos autores proporem uma versão reduzida da WAI, constituída pelos 4 itens mais elevados em cada dimensão. Tracey e Kokotovic (1989) propõem, desta forma, uma versão reduzida do inventário, conhecida como *Working Alliance Inventory – Short Form*, constituída por 12 itens (4 por cada subescala), classificáveis numa escala de Likert de 7 pontos. Busseri e Tyler (2003) comparam classificações do WAI com classificações do WAI-S, verificando elevadas correlações entre os resultados quer das duas escalas globais, quer das suas subescalas correspondentes, bem como consistências internas e estatísticas descritivas equiparadas. Desse modo, ao fazer a validação cruzada do WAI-S com o WAI original, o estudo de Busseri e Tyler (2003) parece assegurar a permutabilidade entre os dois instrumentos, o que autoriza a utilização da versão reduzida como um substituto capaz do original. A utilização do WAI-S é bastante apelativa, desde logo pela sua maior facilidade de aplicação (um terço do tamanho), havendo, actualmente, versões do mesmo em língua francesa (Corbière, Bisson, Lauzon & Ricard, 2006) e uma adaptação em língua espanhola (Corbella & Botella, 2004).

4.2.2. Estrutura factorial do WAI e do WAI-S

O estudo de Tracey e Kokotovic (1989) contribuiu decisivamente para a aceitação pela comunidade científica da estrutura factorial por si proposta. A conceptualização de Bordin (1979), por seu lado, “implica uma estrutura factorial caracterizada por um factor geral da aliança e três factores secundários, cada um correspondendo a um dos componentes” (Andrusyna, Tang, DeRubeis, & Luborsky, 2001, p.174). Ou seja, o WAI-S, em particular, proporcionava uma medida geral da aliança e três subdimensões secundárias. Esperava-se que estes três factores secundários – objectivos, tarefas e vínculos – se distinguíssem, ao assumir forças relativas diferentes em função do tipo da terapia realizada. Apesar desta ideia encaixar na perfeição no modelo proposto por Bordin (1979), a investigação empírica não testou tal hipótese (Horvath, 1994a). No entanto, a questão das três dimensões da aliança terapêutica tal como o WAI a avalia não tem sido consensual, nem do ponto de vista teórico, nem no plano empírico. Com efeito, alguns estudos têm demonstrado que a estrutura factorial do WAI-S (e por acréscimo, do WAI) é composta por duas dimensões, ao passo que outros reforçam a perspectiva de uma única.

Corbière e colegas (2006), analisando a estrutura factorial do WAI-S numa amostra de língua francesa, sugerem que o modelo empírico que melhor parece descrever a estrutura do instrumento é aquele que o considera unidimensional. Os autores referem que os valores das correlações entres as subescalas – variando de .71 a .86 – levantam dúvidas razoáveis quanto à real distinção entre elas. Por outro lado, a correlação das subescalas com o factor geral da aliança foi de .90, o que para os autores representa um valor extremamente alto, e por isso indiciador de uma única dimensão. Ou seja, Corbière e colegas (2006), ainda que considerem conceptualmente interessante a distinção dos três factores, sublinham o facto de eles se revelarem empiricamente bastante interrelacionados. Os autores sugerem que se considere que o WAI-S fornece um único valor geral da aliança, não só porque na sua amostra esse modelo se ajustou às versões quer dos clientes, quer dos terapeutas (e portanto, a aliança como factor geral facilita a comparação entre avaliações dos dois), mas também por uma questão de facilidade na investigação, uma vez que se obtém um único valor da aliança.

Andrusyna e companheiros (2001), estudando o WAI-S (versão observador) numa amostra de 94 clientes em terapia cognitivo-comportamental da depressão, verificaram uma estrutura composta por dois factores, que explicavam 73.4% da variância total da amostra. O Factor I englobava os itens das subescalas dos objectivos e tarefas acrescidas do item 5²⁹, ao passo que o Factor II incluía os restantes três itens da subescala dos vínculos. O primeiro factor apresentava um valor próprio de 7.0 (sendo responsável por 58.4% da variância), enquanto o segundo apresentava um valor próprio de 1.8 (e explicava 15% da variância). Os autores designaram o primeiro factor por “concordância/confiança”, e o segundo por “relacionamento”. Em face dos resultados do seu estudo, os autores desafiam os investigadores a desenvolver novos instrumentos, de modo a captar melhor os dois factores por eles encontrados. O factor “concordância/confiança” é assim designado pelo facto do item 5 se referir à confiança do cliente no terapeuta, não do ponto de vista relacional, mas profissional. Andrusyna e colegas (2001) esclarecem que a confiança que o cliente deposita na capacidade do terapeuta para o ajudar tem que ver com a ajuda que este lhe pode prestar nas tarefas terapêuticas e na prossecução dos objectivos da terapia, e não tanto com a confiança característica da relação interpessoal. Por sua vez,

o factor Relacionamento refere-se mais aos elementos emocionais como o gosto, confiança e apreciação mútua entre terapeuta e cliente, e não tanto aos elementos racionais do trabalho real feito na Terapia Cognitivo-Comportamental e na confiança do cliente na capacidade do terapeuta em desempenhar o seu trabalho (Andrusyna *et al.*, 2001, p. 177).

Uma distribuição factorial semelhante foi encontrada por Hatcher e Barends (1996) no instrumento original, de 36 itens. As subescalas de objectivos e tarefas agruparam-se num único factor (com valor próprio de 15.0), enquanto a de vínculos ficou separada noutro factor (com valor próprio de 2.45). Os dois factores explicavam 48.5% da variância. Hatcher e Barends (1996) propõem que se considerem estas duas dimensões –

²⁹ O item 5 do WAI-S (versão do Observador) utilizado por Andrusyna e colegas (2001) refere-se à confiança que o cliente deposita nas capacidades do terapeuta. Na versão do instrumento por nós utilizada, o item 5 refere-se ao respeito mútuo entre terapeuta e cliente, e não há qualquer item que expresse a ideia do cliente confiar nas aptidões terapêuticas do seu terapeuta. Não descortinámos qualquer explicação para esta divergência.

Objectivos/Tarefas e Vínculos – quando se utiliza o WAI. A sua sugestão é seguida por outros autores. Por exemplo, Rector e colegas (1999) verificaram que a dimensão Objectivos/Tarefas facilitava a aplicação das técnicas em terapia cognitiva da depressão, ao passo que a dimensão dos Vínculos se combinava e interagia com as técnicas para promover os resultados terapêuticos.

4.2.3. *Desenvolvimento do Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR)*

Limitações no estudo de Tracey e Kokotovic (1989), identificadas por eles e por Gaston (1990) e Hatcher e Gillaspy (2006), levam os últimos autores a ensaiar um novo estudo em torno da estrutura factorial do WAI-S. Essas limitações prendiam-se com o (1) reduzido tamanho da amostra, (2) preenchimento dos questionários após a primeira sessão de terapia, quando Horvath e Greenberg (1989) recomendavam ser mais adequado fazê-lo após a terceira, (3) índices de ajustamento estatístico fora dos limites de aceitação e (3) falta de replicação do método de extracção dos itens mais significativos, que poderia ter sido influenciado por efeitos de aletorização baseada na amostra (ou seja, serem específicas *daquela* amostra, e não transversais a outras). Adicionalmente, Hatcher e Gillaspy (2006) invocam dúvidas acerca dos modelos testados por Tracey e kokotovic (1989), em concreto os de um e três factores, suportando estas dúvidas em dados da literatura que apontavam para uma estrutura factorial do WAI composta por dois componentes independentes.

Hatcher e Gillaspy (2006) estudam duas amostras independentes de clientes de psicoterapia – $N_1=231$ (inventário preenchido após segunda sessão); $N_2=235$ (inventário preenchido após terceira sessão), e replicam as análises realizadas por Tracey e Kokotovic (1989) em ambas as amostras. A análise factorial confirmatória realizada não permitiu sustentar qualquer dos três modelos inicialmente propostos. Dado este insucesso, os autores realizam análise factorial exploratória com a amostra 1, com o objectivo de identificar uma versão reduzida da WAI que melhor expressasse as três dimensões do conceito de aliança terapêutica adiantadas por Bordin (1979). A nova versão do WAI – denominada *Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR)* – mantém os mesmos 12 itens, mas dois deles integram factores diferentes

daqueles identificados por Tracey e Kokotovic (1989): o item 1 (*Como resultado destas sessões torna-se para mim mais claro como será possível eu mudar*), originalmente na subescala objectivos, passa para a subescala tarefas, enquanto que o item 8 (*O meu terapeuta e eu estamos de acordo acerca do que eu preciso de fazer para melhorar*), originalmente na subescala tarefas, “satura” agora na subescala objectivos. Ou seja, dois itens trocam de factor, entre os factores tarefas e objectivos, e o factor vínculos mantém-se inalterado. Hatcher e Gillaspay (2006) propõem ainda a redução de dois pontos na escala de Likert, de 7 para 5. A análise de itens efectuada pelos autores mostrou que os originais 7 pontos dificultavam a discriminação nos extremos da escala. Neste sentido, e julgando otimizar o poder discriminativo da mesma, aconselham a combinação dos três pontos finais e dos dois intermédios, e estabelecem, para a versão reduzida revista do WAI, uma escala de Likert de 5 pontos.

O WAI-SR foi construído com base em análise factorial exploratória na amostra 1, seguida de análise factorial confirmatória na mesma amostra, e de validação cruzada na amostra 2. A amostra 1 serviu, então, de amostra critério, ao passo que a amostra 2 serviu de amostra de replicação. As propriedades psicométricas do WAI-SR mostraram ser mais robustas que as dos dois inventários originais. Os valores gerais de consistência interna do inventário foram de .91 (N_1) e de .92 (N_2), quando antes variavam entre .84 e .93, e os Alphas de Cronbach das subescalas variaram entre .85 e .90 (com o WAI e o WAI-S variavam entre .68 e .92). A correlação entre o WAI-SR e o WAI foi de .94 e .95 (N_1 e N_2), enquanto que ao nível das subescalas foi de .94 e .91 (vínculos), .91 e .86 (objectivos), e .83 e .87 (tarefas). De acordo com Hatcher e Gillaspay (1006), estes valores são adequados para que o WAI-SR possa substituir cabalmente o WAI original. O estudo da correlação entre as subescalas dos três instrumentos revela haver diferenças significativas entre as subescalas do WAI-SR e do WAI, e mostra que as correlações entre subescalas do WAI-SR são mais baixas que as do WAI-S (na amostra 1). Estes dados revelam que o WAI-SR diferencia melhor as subescalas entre si. O WAI-SR apresenta também maior diferenciação entre as subescalas objectivos e tarefas, em comparação com outras escalas para avaliar a relação terapêutica.

Apesar das qualidades psicométricas de excelência do WAI-SR, não conhecemos até ao momento qualquer estudo empírico que tenha utilizado este instrumento. Julgamos que tal se deve ao facto de o WAI-SR ser muito recente. Com efeito, tanto quanto sabemos, o nosso é o primeiro estudo empírico da versão reduzida revista do WAI.

4.3. Alguns aspectos metodológicos relativos à avaliação psicométrica da aliança terapêutica

A existência de diferentes escalas para medir a força da aliança terapêutica permite-nos levantar duas grandes questões:

- Será que o conceito de aliança varia consoante a escala que o avalia?
- Será que a força da aliança depende do instrumento com que é avaliada? Se sim, haverá algum com maior poder predictivo?

Horvath e Luborsky (1993) sugerem que os diferentes instrumentos³⁰ medem o mesmo processo nuclear subjacente à aliança, ainda que simultaneamente cada um deles capte também aspectos distintos do conceito. Ou seja, a sobreposição constatável entre as escalas indica que o essencial do conceito de aliança terapêutica não varia em função do instrumento psicométrico escolhido. A literatura fornece indicações neste sentido. Martin e parceiros (2000) verificaram não existir uma escala que fosse mais fiável que outra. Tichenor e Hill (1989, como citado em Horvath & Luborsky, 1993) verificaram uma sobreposição entre 12 a 71% nas versões para observador externo de quatro escalas. Safran e Wallner (1991) verificaram existir uma elevada correlação entre as versões para cliente do CALPAS e do WAI, com uma variância partilhada de 76% para as escalas totais (Horvath & Luborsky, 1993). Gaston e Marmar (1994) relatam correlações moderadas a elevadas entre a versão para o cliente do CALPAS e as correspondentes versões do HAq e do WAI. Fenton, Cecero, Nich, Frankforter, e Carrol (2001) observaram existir correlação significativa entre os resultados terapêuticos e os instrumentos utilizados, na versão para observadores, acrescentando que

³⁰ Em concreto: HAq, VTAS, CALPAS e WAI.

“estes resultados sugerem que os investigadores são livres de seleccionar entre instrumentos da aliança avaliados por observadores com base noutras considerações” (p.266) que não de natureza psicométrica.

O estudo psicométrico dos instrumentos para avaliar a aliança terapêutica tem fornecido interessante informação adicional sobre o conceito da aliança, paralela à questão essencial acima respondida.

Gaston (1990) repara que as análises factoriais das escalas VTAS e CALPAS separam sistematicamente os aspectos relativos à hostilidade, dos restantes elementos da aliança. A autora nota que os itens relativos à hostilidade dos clientes surgem sempre agrupados, o que aumenta a sua distinção relativamente à colaboração. Da mesma forma, a hostilidade dos terapeutas surge sempre no mesmo grupo, o que revela tratar-se de uma dimensão distinta da compreensão e envolvimento do terapeuta. A autora afirma que “esta distinção empírica entre colaboração [e] hostilidade pode indicar que a aliança constitui um fenómeno distinto de aspectos mais negativos da relação terapêutica, usualmente referidos como transferência e contratransferência (Gaston, 1990, p.147). A autora acrescenta que esta distinção apoia a validade do constructo da aliança como representando a relação de colaboração entre terapeuta e cliente.

A discussão em torno da dimensionalidade do WAI é outra interessante questão teórica resultante da investigação empírica. Horvath e Greenberg (1989) elaboraram a escala definindo de modo intencional três dimensões. No entanto, a investigação empírica não tem sido inequívoca na confirmação desta dimensionalidade a partir da estrutura factorial da escala. Alguns autores confirmaram os três factores (Hatcher & Gillaspay, 2006; Malinckrodt *et al.*, 1991), outros propuseram estruturas a dois níveis, com um factor geral da aliança e três factores distintos (Tracey & Kokotovic, 1989), e outros ainda encontraram apenas dois factores (Andrusyna *et al.*, 2001; Hatcher & Barends, 1996).

A segunda questão acima enunciada prende-se com o valor predictivo dos diferentes instrumentos. Horvath (1994b, p.265) declara que “embora nenhum instrumento tenha emergido como o «melhor predictor do resultado da terapia», existe evidência de que nem todos os resultados são igualmente bem predizidos por cada um”. Com efeito, a literatura mostra que o valor predictivo

dos instrumentos pode apresentar variações em função dos (1) avaliadores, (2) tratamentos e (3) tipo de resultados considerados.

De uma maneira geral, a literatura sobre a aliança em contexto psicoterapêutico mostra que as avaliações realizadas pelos clientes se associam mais com os resultados da terapia do que aquelas dos terapeutas e dos observadores (Barber *et al.*, 1999; Horvath & Symonds, 1991; Martin *et al.*, 2000; Orlinsky & Rønnstad, 2000). Horvath e Symonds (1991) indicam uma ordem decrescente do poder predictivo das avaliações da aliança, colocando em primeiro lugar os clientes, seguidos dos observadores externos e terminando com os terapeutas. É provável que esta diferença resulte da forma como os diferentes sujeitos “sentem” a aliança. A investigação tem fornecido evidências de que terapeutas e clientes tendem a destacar diferentes aspectos das suas alianças (Malinckrodt *et al.*, 1991). Com efeito, são raras as exceções a esta regra. Weiss e colegas (1997), no seu estudo sobre o tratamento farmacológico da depressão, verificaram que a aliança avaliada pelos terapeutas se relacionava mais com os resultados do que quando avaliada pelos clientes. Fenton e colegas (2001) registaram valores predictivos mais robustos nos observadores que nos clientes e nos terapeutas.

Os resultados do estudo de Cecero e colegas (2001) revelaram que o poder predictivo da aliança era maior na terapia cognitivo-comportamental e na terapia de facilitação (da desabitação), que na gestão clínica da medicação, no tratamento de sujeitos com diagnóstico de abuso de substâncias. Num outro artigo, Fenton e colegas (2001) revelam que o HAq e o VTAS prediz o resultado em todos os tratamentos, enquanto o CALPAS só o faz para a terapia cognitivo-comportamental e o WAI para a terapia de facilitação (da desabitação). Estes resultados indiciam que o valor predictivo das escalas pode variar em função do tipo de tratamento.

Uma outra condição que oferece suporte à variabilidade do valor predictivo da aliança prende-se com o indicador utilizado como variável dependente. Fenton e companheiros (2001) verificaram que as avaliações dos observadores externos se correlacionavam mais com o resultado terapêutico que as dos clientes e dos terapeutas. O resultado terapêutico era indicado pela continuação no tratamento e pelo consumo de cocaína, sendo este último avaliado através de análises à urina, realizadas por um técnico que

desconhecia o tratamento. Os autores sugerem a utilização das versões para juízes externos das escalas da aliança quando se utilizem variáveis dependentes objectivas. Eles acrescentam que a diferença entre os resultados do seu estudo e a maioria da restante investigação (em que não há variação no poder predictivo das escalas em função dos resultados avaliados) se deve ao facto de nesta ultima se recorrer quase exclusivamente a indicadores subjectivos, e de auto-resposta. Por seu lado, Barber e colegas (1999), no seu estudo sobre psicoterapia com cocainómanos, verificaram que o HAq predizia ligeiramente melhor o resultado, ao passo que o CALPAS se mostrou mais sensível à retenção dos sujeitos no tratamento. Ou seja, as suas escalas ofereciam predições diferentes, consoante se considerasse a manutenção dos sujeitos em tratamento, ou o consumo de substâncias. Em função destes resultados, os autores sugerem poder ser vantajoso combinar a utilização destes dois instrumentos.

II. ESTUDO EMPÍRICO

1. Metodologia

O *Working Alliance Inventory* (WAI) é um dos mais consolidados e utilizados instrumentos para estudar a qualidade da relação terapêutica; por seu lado, o *Working Alliance Inventory – Short Revised* (WAI-SR) demonstrou possuir melhores qualidades psicométricas que o inventário original, tal como se referiu na revisão teórica. Além de poder substituir cabalmente o WAI, por essas razões, o WAI-SR é também mais curto, o que facilita a sua utilização nos contextos da investigação científica em psicoterapia. O facto de não existir ainda uma versão portuguesa do WAI-SR motivou-nos a empreender o presente estudo. Interessava-nos saber se o inventário, numa amostra portuguesa, se comportava empiricamente nos mesmos moldes daqueles descritos por Hatcher e Gillaspy (2006).

1.1. Objectivos do estudo

O presente estudo foi desenhado com a intenção de responder a dois grandes objectivos teóricos. Em primeiro lugar, pretendíamos analisar a estrutura factorial do inventário, ou seja, saber se a estrutura factorial numa amostra portuguesa é a mesma que Hatcher e Gillaspy (2006) propuseram a partir de uma amostra norte-americana. Em segundo lugar, interessava-nos confirmar – ou discutir, caso essa confirmação não ocorresse – a dimensionalidade do conceito de aliança terapêutica (Bordin, 1979) tal como é medido por este instrumento, seja na sua forma original (Horvath & Greenberg, 1989), seja na sua versão reduzida (Tracey & Kokotovic, 1989), seja, sobretudo, na sua versão reduzida e revista (Hatcher & Gillaspy, 2006). Além destes objectivos teóricos, tínhamos também o objectivo prático de disponibilizar um instrumento internacionalmente credível, objecto de refinamentos e melhorias recentes, para a investigação em língua portuguesa e em amostras nacionais, através da sua validação factorial.

1.2. Instrumento

O instrumento utilizado neste estudo foi o WAI-SR (*Working Alliance Inventory – Short Revised*), de Hatcher e Gillaspy (2006), na sua versão para língua portuguesa, fixada por Paulo Machado e Marco Ramos em 2006, e denominada por Inventário de Aliança Terapêutica – Versão Reduzida, Revista (IAT-RR). Uma vez que a criação e desenvolvimento do inventário, bem como as suas propriedades psicométricas, foram descritas anteriormente na revisão teórica, concentramo-nos apenas na sua apresentação.

O IAT-RR é constituído por 12 itens que traduzem e ilustram o conceito de aliança terapêutica proposto por Bordin (1979), nos seus três componentes: *Vínculos*, *Objectivos* e *Tarefas*. Cada dimensão do conceito de aliança terapêutica é representada por quatro itens: os *Vínculos* são definidos pelos itens 3, 5, 7 e 9; os *Objectivos* são caracterizados pelos itens 4, 6, 8 e 11; e as *Tarefas* são representadas pelos itens 1, 2, 10 e 12. Cada item é classificável numa escala de Likert de 5 pontos: 1–Raramente; 2–Ocasionalmente; 3–Muitas vezes; 4–Frequentemente; 5–Sempre. A escala de classificação dos itens 3, 5, 6, 7, 9 e 12 apresenta direcção contrária, pelo que as respostas a esses itens devem ser cotadas inversamente. Apesar do sentido oposto das qualificações, a escala numérica mantém-se inalterada. Ou seja, a mudança de uma posição não é acompanhada pela alteração do algarismo dessa posição (ex.: ao valor “1” corresponde a qualificação “Sempre”, que nos itens cuja escala tem direcção positiva é “Raramente”). Este facto destinava-se a “forçar” os sujeitos do estudo a ler cuidadosamente as opções de resposta (mais do que a seguir, de forma mais ou menos automática, os valores da escala).

Tal como no instrumento original, em que os itens da WAI-SR são os mesmos que a redução da WAI de Tracey e Kokotovic (1989) propôs, e que constituiu a WAI-S, os itens do IAT-RR são os mesmos do IAT (Machado & Horvath, 1999). Como os 12 itens do IAT-RR foram retirados do IAT (que contém 36 itens), dispensou-se o trabalho de tradução, retroversão e validação dos mesmos. Tal como no IAT, optámos igualmente por substituir o espaço em branco da escala original, destinado à aposição do nome do terapeuta aquando do preenchimento do inventário, pelo termo “terapeuta”. Assim, o item 3, por exemplo, que na nossa versão, e no original IAT, é “Acho que o meu terapeuta

gosta de mim”, surge na versão original da seguinte forma: “I believe _____ likes me”. Pensamos que deste modo respeitamos a representação social e cultural portuguesas da relação entre um cliente de psicoterapia e o seu psicoterapeuta, que julgamos caracterizar-se por uma distância maior que aquela que existe nos países da América do Norte, e que aí – e ao contrário do que consideramos ocorrer em Portugal – torna habitual, por parte do cliente, o tratamento do terapeuta pelo seu nome próprio.

Além do IAT-RR, o questionário final continha 13 questões relativas aos dados pessoais dos sujeitos do estudo e ao seu processo psicoterapêutico, a saber: sexo; idade; estado civil; grau de escolaridade; número da sessão (ou consulta) em que o questionário é preenchido; frequência da terapia; serviço da terapia (público ou privado); diagnóstico (problemas ou perturbações); duração da terapia; sexo do terapeuta; idade do terapeuta; anos de experiência do terapeuta; e orientação teórica utilizada pelo terapeuta na psicoterapia em questão.

1.3. População e procedimento de recolha de dados

A intenção de estudar um instrumento para avaliar a qualidade da relação terapêutica impunha-nos que a população investigada fosse constituída unicamente por clientes de psicoterapia, durante o processo terapêutico. Os clientes de psicoterapia deveriam ser adultos – ou, no limite, adolescentes – de forma a compreenderem adequadamente tanto as questões do inventário, como a especificidade da relação terapêutica, sobre a qual aquelas inquiriam. Decidimos, ainda, que a população não seria limitada por quaisquer preceitos diagnósticos ou terapêuticos, ou seja, ela seria considerada independentemente de quadros clínicos e de orientações teóricas dos psicoterapeutas e das psicoterapias em curso. Optámos, portanto, por constituir uma amostra naturalística de clientes de psicoterapia. Refira-se, por fim, que nos cingimos à terapia individual.

A amostra foi constituída indirectamente, pelos psicoterapeutas que colaboraram neste estudo, e não directamente, porque tivéssemos seleccionado as pessoas em psicoterapia que integrariam o estudo. A amostra

resulta, portanto, de uma “rede de conveniência” de colegas psicoterapeutas que acederam em colaborar no estudo, solicitando a clientes seus – tal como nós o fizemos – o preenchimento do questionário. Esta estratégia conduziu à constituição de uma amostra naturalística, facto por nós pretendido. Com efeito, era nossa intenção que a amostra se aproximasse o mais possível da realidade prática e concreta da psicoterapia no nosso país.

Todos os psicoterapeutas que forneceram os sujeitos da amostra a partir da sua casuística estão habilitados para a prática da psicoterapia. Essa habilitação é atestada por diferentes critérios, como sejam a acreditação por sociedade científica, a prática clínica sénior em instituições de formação (Hospital Universitário e consulta de Departamento de Psicologia), a prática clínica em instituições de idoneidade da rede pública de cuidados de saúde geral e mental (hospitais, geral e psiquiátrico, e centro de atendimento a toxicodependentes), a prática clínica supervisionada (como no contexto de estudos de mestrado), e a experiência clínica robusta.

A amostra integrou, então, clientes de psicoterapia em contexto privado e em serviços públicos, e foi recolhida nas cidades de Aveiro, Braga, Coimbra, Leiria, Porto, São João da Madeira, Vila Real, e Viseu, entre Março de 2007 e Fevereiro de 2008.

Os questionários foram fornecidos aos psicoterapeutas que se disponibilizaram a recolher dados junto dos seus clientes, de acordo com o número provável de indivíduos que eles achavam que poderiam participar no estudo. Solicitámos aos terapeutas que explicassem sucintamente o objectivo prático do estudo e que, de modo conciso, sublinhassem as instruções mais importantes (e.g., ler com atenção os 12 itens do IAT-RR). Instruímo-los, ainda, a ajudar os sujeitos nas respostas relativas aos dados da psicoterapia, em concreto o número da sessão em que o questionário era preenchido, a frequência, natureza do serviço e duração da terapia, o diagnóstico (ou os tipos de problemas ou perturbações dos clientes), a idade e anos de experiência do terapeuta, e a orientação teórica seguida na psicoterapia. Por fim, pedimos aos clínicos que reforçassem o carácter confidencial das respostas e que, se possível, recolhessem o questionário dos seus clientes, à frente deles, para um envelope.

O questionário foi impresso numa única folha, contendo na frente os dados pessoais e no verso o IAT-RR. Nas instruções gerais informámos os sujeitos que o preenchimento do questionário poderia tomar 10 a 15 minutos. Na generalidade, o questionário não levou tanto tempo a ser respondido, havendo até alguns clientes que o preencheram na totalidade gastando menos de 10 minutos (num caso, 7 minutos).

As respostas ao questionário eram dadas em duas circunstâncias – ou no fim da consulta (reservando-se tempo para tal), ou entre consultas, isto é, o cliente levava o questionário para casa e trazia-o na sessão seguinte. Em qualquer dos cenários, o IAT-RR foi sempre preenchido após uma determinada consulta, ainda que ao longo do texto, e por uma questão de compreensibilidade, se diga que o inventário corresponde a uma determinada sessão.

Finalmente, os dados foram introduzidos e tratados estatisticamente no programa informático SPSS, versão 14.0.

1.4. Caracterização da amostra

1.4.1. Dados sócio-demográficos

A amostra é constituída por 195 sujeitos, dos quais 37.4% (N=73) são do sexo masculino e 62.6% (N=122) do feminino. A idade média dos participantes é de 30.9 anos, com um desvio-padrão de 9,03 anos. A idade mínima da amostra é 15 anos e a máxima 63. A maioria dos sujeitos é solteira (62.2%, N=120), enquanto 28.5% (N=55) são casados ou vivem em união de facto e 9.3% (N=18) são divorciados ou separados. A amostra é constituída por 0.5% (N=1) de sujeitos sem qualquer formação escolar, 24.1% (N=46) com formação de primeiro e segundo ciclo, 42.9% (N=82) com ensino secundário, 24.6% (N=47) com licenciatura e 7.9% (N=15) com formação pós-graduada.

1.4.2. Dados diagnósticos

Uma das características da amostra que se pretendia conhecer referia-se ao diagnóstico dos sujeitos. Se, por um lado, nos interessava saber, pelo menos minimamente, a psicopatologia da amostra, por outro pretendíamos

evitar o desencorajamento da sua indicação pelos participantes no estudo (aqui considerados tanto os sujeitos como os seus terapeutas, que, nesta questão, deveriam colaborar na definição da resposta), se tornássemos o registo do diagnóstico demasiado complexo. Neste sentido, optámos por alargar o conceito de “diagnóstico” e por apresentar as mais comuns grandes áreas de perturbação psicológica. Ambas as escolhas merecem comentários suplementares. Para evitar interpretações “estreitas” do conceito de “diagnóstico”, juntámos a esse termo o de “problemas”. Para mais, alguns psicoterapeutas olham para os sintomas dos clientes menos como critérios diagnósticos do que *nuances* de problemas que esperam ser resolvidos. Assim, o próprio enunciado da questão tentava simultaneamente dispensar a necessidade de explicitação do diagnóstico e ponderar outras formas de entender as queixas dos clientes – “Diagnóstico/Problemas ou Perturbações de:”. Seguidamente, ofereciam-se enquanto opções de resposta grandes áreas de perturbação psicológica: “stresse”; “humor”; “ansiedade”; “alimentares”; “personalidade”; “psicóticas”; e “outras” (solicitando-se que se referissem quais). Não foi pedida a explicitação do diagnóstico, e muito menos a sua codificação segundo critérios instituídos, como os da DSM ou da CID, pois julgámos esse registo potencialmente desmobilizador. O diagnóstico de “stresse” foi incluído com o objectivo de caracterizar os clientes que procuravam a psicoterapia por estarem a viver uma experiência de stresse, ou porque os seus sintomas fossem apenas sinais da resposta psicobiológica de stresse, ou porque não se incluíam em nenhuma das restantes opções diagnósticas. Em termos diagnósticos, e em rigor, os problemas de stresse poderiam, no limite, mimetizar perturbações da adaptação. Por fim, importa referir que este meio de recolha de informação diagnóstica possibilitava o registo de comorbilidade, sempre que os sujeitos assinalassem mais do que uma opção de resposta. Nesses casos, não havia possibilidade de destacar o diagnóstico principal.

Como se caracteriza, então, a amostra em termos de psicopatologia registada?

As perturbações mais frequentemente assinaladas na amostra são as de ansiedade, presentes em 42.2% dos sujeitos (N=81). Em segundo lugar, surgem as perturbações de humor, que totalizam 37.5% (N=72) das respostas

relativas ao diagnóstico/problemas dos clientes. O abuso de substâncias representa o terceiro grupo de problemas clínicos mais frequentes: 18.8% (N=36). Em quarto lugar aparecem os problemas de stresse, referidos em 16.2% das respostas (N=31). A quinta categoria mais frequente reporta-se às perturbações de personalidade, assinaladas em 11.5% dos questionários (N=22). As perturbações alimentares surgem em sexto lugar, com 10.4% de respostas (N=20), e em sétimo as perturbações psicóticas, com 2.1% de respostas (N=4). Contámos ainda 0.5% (N=1) de problemas de sono e 0.5% (N=1) com um diagnóstico não-clínico, mas de “formação” (supomos tratar-se de uma psicoterapia didáctica). De notar que estas percentagens procuram tão-somente representar “o peso” relativo da frequência com que cada perturbação foi assinalada na amostra. Como existem casos de comorbilidade, essas percentagens não podem ser interpretadas em valor absoluto, já que alguns sujeitos assinalaram mais do que um diagnóstico.

Um segundo dado diagnóstico de relevância prende-se com a existência, ou não, de comorbilidade. 60.4% dos sujeitos não apresenta comorbilidade, isto é, refere apenas um diagnóstico, enquanto que a existência de comorbilidade afecta 39.6% da amostra. Mais concretamente, 34.4% dos sujeitos menciona ter dois diagnósticos ou problemas, e 5.2% da amostra assinala três perturbações. Distinguimos a comorbilidade entre perturbações do Eixo I e entre perturbações do Eixo I e II, segundo a DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Entre os sujeitos com comorbilidade, 77.6% apresentam mais do que um diagnóstico do Eixo I (o que representa 30.7% da amostra total), e 22.4% possui perturbações do Eixo I e do Eixo II (8.9% do total da amostra).

1.4.3. Dados relativos às psicoterapias

A maior parte dos participantes neste estudo faz psicoterapia semanal ou quinzenal, com valores muito próximos entre os dois grupos: 31.1% em terapia semanal e 32.1% em terapia quinzenal. 3.1% dos sujeitos faz terapia duas ou três vezes por semana, enquanto 6.2% vai às consultas de três em três semanas, 18.7% frequenta as sessões psicoterapêuticas mensalmente e 8.8% assinala não haver regularidade fixa no seu processo psicoterapêutico. As psicoterapias realizadas pelos sujeitos são em 34.9% dos casos em regime

privado, ao passo que 51.8% são estatais ou públicas. O critério de distinção entre estas duas categorias foi o pagamento (no caso do serviço privado) ou não pagamento (no caso do serviço estatal ou público) das sessões de psicoterapia. No segundo grupo incluíram-se não só as terapias efectuadas em hospitais gerais e universitários, consultas de departamentos universitários, ou serviços estatais de saúde mental, mas também em instituições privadas de solidariedade social. 13.3% dos sujeitos não indicou o tipo de serviço da sua psicoterapia. No que respeita à duração das psicoterapias, 44.1% são definidas como breves (ou limitadas no tempo) e 55.9% longas (ou sem definição de termo).

1.4.4. Dados relativos à orientação teórica das psicoterapias

De acordo com a máxima “um terapeuta, um cliente, uma terapia”, pediu-se aos psicoterapeutas para classificarem a orientação teórica em que baseavam cada psicoterapia realizada com os sujeitos seus clientes que participaram neste estudo (os quais as anotavam no questionário). Deste modo, procurámos conhecer as orientações teóricas não dos psicoterapeutas, mas de cada uma das psicoterapias que conduziam. Esta classificação era realizada numa grelha que indicava sete orientações teóricas, a saber: “psicanalítico, psicodinâmico”; “comportamentalista”; “humanista (centrado no cliente, *gestalt*...)”; “cognitivo”; “narrativo”; “interpessoal”; e “inspiração da terapia familiar (ex., estratégico)”³¹. Cada orientação teórica era classificável numa escala de Likert de cinco posições: “nada”, “pouco”, “moderado”, “muito”, “exclusivamente”. No limite, esperávamos obter classificações de dois tipos: psicoterapias de uma só orientação teórica (aquelas classificadas como “exclusivamente”) e psicoterapias ecléticas ou integradoras.

Apenas cerca de um quarto dos terapeutas baseou as suas abordagens num único modelo psicoterapêutico – 22.1% classificaram as psicoterapias como exclusivamente de uma única orientação teórica. A maior parte das psicoterapias realizadas, com efeito, combinou mais do que uma orientação teórica, perfazendo 77.9% de terapias ecléticas ou integradoras.

³¹ No caso concreto desta última, optámos por não a designar por “sistémica” (o que em termos historico-teóricos poderia ser mais correcto, porque mais abrangente) ou por “terapia familiar”, para controlar a inclusão de sujeitos oriundos de terapias que não fossem individuais. Por outro lado, considerámos que um terapeuta, no contexto de uma terapia individual, poderia alicerçar a sua abordagem naqueles modelos tipicamente não individuais, bem como utilizar estratégias e técnicas dos mesmos.

Apenas três psicoterapias foram apresentadas como sendo baseadas numa única orientação teórica, a saber a psicanalítica/psicodinâmica (2.6% das psicoterapias da amostra), a cognitiva (12.8%) e a narrativa (6.7%). Os terapeutas que definiram deste modo a sua orientação teórica nas psicoterapias em questão identificaram-nas ou como exclusivamente adentro de uma “escola doutrinária” (por ex., “exclusivamente” psicodinâmica), ou elegeram apenas uma orientação teórica, não assinalando qualquer opção nos modelos terapêuticos alternativos (por ex., “muito” narrativa). De notar que nenhuma psicoterapia foi descrita como exclusivamente comportamentalista, humanista, interpessoal ou de inspiração na terapia familiar. As restantes orientações psicoterapêuticas foram consideradas ecléticas ou integradoras, procurando-se, por meio de análise de conteúdo, diferenciar grupos no seio desta classificação mais vasta. Assim, foram considerados três grupos distintos de psicoterapia: (1) eclética ou integradora de base psicodinâmica (abordagem psicodinâmica em destaque, ou com peso igual a outra teoricamente não distante, como humanista ou interpessoal), que per fez 28.2% das psicoterapias da amostra; (2) eclética ou integradora de base cognitivo-comportamental (preponderância equitativa das abordagens cognitiva e comportamental, ou de uma delas e de outra teoricamente não distante), que foi a mais comum, realizada em 38.5% dos casos, e (3) eclética ou integradora sem base teórica saliente, em 11.3% dos casos (este grupo inclui todas as classificações que não couberam nos dois outros grupos de terapias integradoras; as descrições das terapias aqui incluídas não permitiam destacar qualquer orientação teórica, ou combinação de orientações teóricas).

Resumindo as orientações teóricas das terapias, por ordem decrescente de representação na amostra: integradora de base cognitivo-comportamental (38.5%); integradora de base psicodinâmica (28.2%); cognitiva (12.8%); integradora sem base teórica saliente (11.3%); narrativa (6.7%); e psicodinâmica (2.6%)

1.4.5. Dados relativos aos terapeutas

Não foi determinado o número de psicoterapeutas que participou neste estudo, pelo que os dados apresentados são relativos às psicoterapias. De notar que um só terapeuta pode ter recolhido dados de mais do que um sujeito,

e que há casos de terapeutas que “forneceram” mais de uma dezena de sujeitos para o estudo.

Em 23.8% das terapias, o terapeuta era do sexo masculino; em 76.2% dos casos era do sexo feminino. Quanto às idades, 22.2% das psicoterapias foi conduzida por terapeutas com menos de 30 anos, 57.7% com terapeutas entre os 30 e os 39 anos, 16.0% entre os 40 e os 49 anos de idade, 3.1% entre os 50 e os 59, e 1% com mais de 60 anos. Mais de metade do total das psicoterapias foi realizada com terapeutas com 10 a 19 anos de experiência (51.0%), seguindo-se aquelas conduzidas com clínicos com experiência inferior a 5 anos (19.8%); 15.1% das terapias foram feitas por terapeutas com 20 a 29 anos de experiência, 12.5% com 5 a 9 anos, e 1.6% com mais de 30 anos de experiência.

1.4.6. Dados relativos ao preenchimento do questionário

Os sujeitos foram inquiridos acerca da sessão em que preencheram os questionários, e tinham seis opções de resposta: primeira sessão, segunda, terceira, quarta, quinta, e após a quinta sessão. Esta última opção incluía tanto as respostas dadas, precisamente, na sexta sessão, como aquelas fornecidas em qualquer outra sessão posterior ao longo do processo terapêutico. Quer isto dizer que nesta categoria é possível haver dados relativos a sessões bastante ulteriores.

A grande maioria dos questionários foi preenchida depois da 5.^a sessão de psicoterapia – 73.3% dos casos. Na quinta sessão foram preenchidos 7.3% dos questionários; na 4.^a, 8.9%; na 3.^a, 5.2%; na 2.^a, 4.2%; e na primeira, 1.0%.

2. Resultados

De seguida, apresentamos os resultados relativos à sensibilidade dos itens, à validade de constructo e à fidelidade do Inventário de Aliança Terapêutica – Versão Reduzida Revista (IAT-RR), na nossa amostra. A sensibilidade dos itens será analisada com base nas frequências absolutas e percentuais das respostas a cada item. A análise da validade de constructo será feita reproduzindo a análise factorial realizada por Hatcher e Gillaspay (2006) a propósito do desenvolvimento da *Working Alliance Inventory – Short Revised* (WAI-SR). Se a estrutura factorial se mantiver na nossa amostra, a mesma será aceite. Se a estrutura não se mantiver, serão forçados três factores, tantos como os identificados pelos autores. Por fim, analisaremos a fidelidade a partir da consistência do instrumento, revelada pelo Alpha de Cronbach.

2.1. Sensibilidade dos itens do IAT-RR

Quadro II.2.1.					
Valores de frequência das respostas aos itens					
	Raramente N (%)	Ocasionalmente N (%)	Muitas vezes N (%)	Frequentemente N (%)	Sempre N (%)
Item 1	-	9 (4.6)	64 (32.8)	88 (45.1)	34 (17.4)
Item 2	1 (0.5)	10 (5.1)	65 (33.3)	71 (36.4)	46 (23.6)
Item 3	2 (1.0)	18 (9.2)	32 (16.4)	61 (31.3)	79 (40.5)
Item 4	3 (1.5)	7 (3.6)	47 (24.1)	55 (28.2)	81 (41.5)
Item 5	-	-	4 (2.1)	15 (7.7)	175 (89.7)
Item 6	2 (1.0)	6 (3.1)	32 (16.4)	55 (28.2)	99 (50.8)
Item 7	6 (3.1)	23 (11.8)	39 (20.0)	68 (34.9)	56 (28.7)
Item 8	1 (0.5)	6 (3.1)	54 (27.7)	66 (33.8)	68 (34.9)
Item 9	1 (0.5)	6 (3.1)	22 (11.3)	58 (29.7)	108 (55.4)
Item 10	1 (0.5)	7 (3.6)	41 (21.0)	74 (37.9)	72 (36.9)
Item 11	1 (0.5)	5 (2.6)	41 (21.0)	69 (35.4)	78 (40.0)
Item 12	3 (1.5)	3 (1.5)	30 (15.4)	52 (26.7)	107 (54.9)

Os valores das frequências de resposta aos itens são apresentados no Quadro II.2.1.

Como se pode observar, de uma forma geral os itens revelam-se sensíveis, dado que todas as categorias de resposta são seleccionadas. O item 5, porém, é excepção, na medida em que se encontra enviesado para o extremo positivo da escala de resposta. Trata-se, portanto, de um item com pouca sensibilidade para discriminar os participantes.

2.2. Validade de constructo do IAT-RR

2.2.1. Adequação da amostra e teste de validade da análise factorial

Na nossa amostra, tanto o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) como o da esfericidade de Bartlett possibilitam a análise factorial. O teste KMO apresentou um valor de 0.860, o qual é considerado um bom indicador, ao passo que no teste de Bartlett, o nível de significância foi de 0.000 (*Sig.=0.000*), o que assegura haver correlação entre as variáveis. Ambos os resultados indicam que a matriz é adequada para uma análise factorial.

2.2.2. Análise factorial

Procedeu-se à mesma estratégia analítica que aquela utilizada pelos autores da WAI-SR, isto é, *Principal Axis Factoring* com rotação *Oblimin*³². Optámos por não inverter os itens com sentido negativo. Os resultados são apresentados no Quadro II.2.2., e descritos seguidamente.

A análise de factores comuns resultou na diferenciação de dois componentes, que explicam 48.8% da variância. O Factor I explica 38.0% e o Factor II explica 10.8% da variância. Tanto as correlações simples entre variáveis e factores (*structure matrix*) como o peso de cada variável no factor, após rotação (*pattern matrix*), agrupam as mesmas variáveis por factor. O primeiro factor junta os itens relacionados com os domínios dos *objectivos* e das *tarefas* propostos quer pelos autores do inventário original (Horvath & Greenberg, 1989), quer pelos dos inventários reduzidos (Tracey & Kokotovic,

³² Face à escala utilizada, este tipo de rotação é mais apropriada porque produz componentes que são relativamente independentes, mas não totalmente (Osborne & Costello, 2005; Pereira, 2004; Pestana & Gageiro, 2003).

1989; Hatcher & Gillaspay, 2006), a saber: 1, 2, 4, 6 (invertido), 8, 10, 11, 12 (invertido). Podemos denominar a subescala que este factor permite

Quadro II.2.2.
Análise Factorial do IAT-RR

Item	Factor I	Factor II	h^2
1	.471	-.130	.307
2	.547	-.039	.325
3	.083	.788	.554
4	.595	-.110	.439
5	-.031	.193	.045
6	-.629	.023	.412
7	-.019	.702	.508
8	.839	.176	.569
9	-.204	.391	.284
10	.729	.060	.486
11	.662	-.029	.461
12	-.516	.148	.374
Valor-próprio	4.554	1.299	
% Variância	37.95	10.82	
α	.85	.69	

considerar por *objectivos & tarefas*. O segundo factor agrupa três dos quatro itens da escala de Hatcher e Gillaspay (2006), correspondentes à dimensão dos *Vínculos*: 3, 7, 9. A correlação entre os factores é forte, como o indica o índice da matriz de correlação dos factores, que é de -0.561. Conforme esperado, a extracção dos factores foi sensível aos itens negativos, assinalando-os no grupo dos positivos (o 6 e o 12), e agrupando os restantes (segundo factor). De notar que o item 5 não apresentou valores de saturação para qualquer dos factores. Com efeito, o seu valor de comunalidade foi de apenas 0.045 após rotação. O Factor I apresentou uma valor de consistência interna de 0.85 ($\alpha=.85$) e o segundo de 0.69 ($\alpha=.69$).

Uma vez que os resultados obtidos não replicaram aqueles do instrumento original – na nossa amostra, surgem dois factores, e não três, e o

item 5 “cai” aquando do agrupamento factorial – repetimos a mesma análise de factores comuns, seguida de rotação *Oblimin*, mas desta vez “forçando” três factores, na tentativa de observar um comportamento da escala concordante com o da escala original. Os resultados obtidos são sintetizados no Quadro II.2.3.

Quadro II.2.3.
Análise Factorial do IAT-RR, forçando três factores

Item	Factor I	Factor II	Factor III	h^2
1	.033	-.069	.670	.522
2	.283	-.027	.378	.357
3	-.013	.787	.087	.573
4	.471	-.140	.165	.433
5	.039	.172	-.115	.051
6	-.611	.079	-.013	.433
7	-.080	.685	.031	.502
8	.833	.114	.010	.630
9	-.161	.385	-.087	.282
10	.423	.069	.436	.523
11	.727	-.098	-.085	.533
12	-.407	.167	-.154	.369
Valor-próprio	4.554	1.299	.996	
% Variância	37.95	10.82	8.30	
α	.81	.69	.69	

Esta segunda análise manteve o factor *vínculos* igual à análise anterior (Factor II: itens 3, 7, e 9) e separou o outro factor em dois, um (Factor I) com os itens 4, 6 (invertido), 8, 11 e 12 (invertido) (e que corresponde aos itens da dimensão *Objectivos*, acrescido de um item da dimensão de *Tarefas*, que é o 12, e que propomos denominar por *Objectivos*, de modo a manter a terminologia original), e o terceiro com os itens 1, 2, e 10, e que corresponde à subescala de *Tarefas* (sem o item 12). De novo, o item 5 ficou de fora do agrupamento por factores. Os três factores explicam 57.1% da variância total. O Factor I explica 38.0%, o Factor II é responsável por 10.8%, e o Factor III por

8.3%. A correlação entre factores é elevada, variando entre -0.442 e 0.550, tal como indicado na matriz de correlação de factores. A consistência interna, medida pelo Alpha de Cronbach, do Factor I é de .81, a do Factor II é .69 e a do Factor III é de .69. A mudança do item 12 para o Factor III afectaria a consistência interna do Factor I (desceria para .80), pelo que é de manter o mesmo neste último factor.

2.3. Fidelidade do IAT-RR

O IAT-RR total obteve um valor de consistência interna, medida pelo Alpha de Cronbach, de .85. Este valor foi calculado com base em 182 inventários válidos, portanto com exclusão de 13 casos. O valor de consistência interna desce se quaisquer dos itens for excluído, com excepção do item 5, em que a sua eliminação faz o valor do Alpha subir de .847 para .852. O Alpha da subescala de *Objectivos e Tarefas* foi de .85 e o da subescala de *Vínculos* foi de .69, na análise sem forçar factores. Quando forçámos factores, o Alpha da subescala de *Vínculos* foi de .69, o da subescala de *Objectivos* foi de .81 e o da subescala de *Tarefas* foi de .69.

Quadro II.2.4.

Comparação dos valores de consistência interna do IAT-RR em diferentes estruturas factoriais

Sem forçar factores	Forçando três factores	Conservando a estrutura dos factores da escala original
α total	α total	α total
.85	.85	.85
α Vínculos	α Vínculos	α Vínculos
.69	.69	.64
	α Objectivos	α Objectivos
α Objectivos & Tarefas	.81	.80
.85	α Tarefas	α Tarefas
	.69	.72

Conservando a estrutura factorial proposta por Hatcher e Gillaspay (2006), os resultados do nosso estudo revelam Alphas de .85 para a escala total, de .72 para a subescala de *Tarefas*, de .80 para a de *Objectivos* e de .64 para a de *Vínculos*.

No quadro II.2.4., confrontamos estes valores de consistência interna com os valores da mesma se mantivéssemos os mesmos itens por factor que o instrumento original apresenta.

A média total da escala foi de 49.2, com um desvio padrão de 6.5. As médias e desvios-padrão de cada item são apresentados no quadro seguinte.

Quadro II.2.5.
Médias e Desvios-Padrão dos itens do IAT-RR

Item	Média	Desvio-padrão
1	3.7	.79
2	3.8	.87
3	4.0	1.03
4	4.0	.97
5	4.9	.39
6	4.3	.90
7	3.7	1.10
8	4.0	.89
9	4.4	.85
10	4.0	.88
11	4.1	.86
12	4.3	.91

NOTA: Os itens 3, 5, 6, 7, 9, e 12 são cotados invertidamente.

3. Discussão dos Resultados

Com o presente estudo, pretendíamos examinar as propriedades psicométricas do WAI-SR numa amostra portuguesa, de modo a saber se a sua distribuição factorial replicava aquela que foi originalmente encontrada (Hatcher & Gillaspay, 2006). Caso a estrutura factorial do IAT-RR não fosse a mesma do WAI-SR, pretendíamos discutir a dimensionalidade deste instrumento e, por acréscimo, do conceito de aliança de Bordin (1979), que esteve na origem da sua construção e desenvolvimento (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath, 1994a). Tínhamos, ainda, a expectativa de que as propriedades psicométricas do IAT-RR, revelando-se suficientemente sólidas, validassem a sua utilização para a investigação empírica em Portugal.

De uma maneira geral, o IAT-RR revelou possuir boas características psicométricas. No entanto, os resultados do estudo não permitem confirmar a estrutura factorial inicialmente proposta, o que nos permite, por seu lado, questionar a dimensionalidade do instrumento e do conceito. Discutimos de seguida os dados que apoiam estas conclusões gerais.

A análise da sensibilidade dos itens mostrou que os mesmos possuem bom poder discriminativo, com excepção do item 5. A questão deste item será debatida mais à frente.

Os resultados do presente estudo revelam que a estrutura do IAT-RR não é a mesma que a do WAI-SR, seu instrumento original. Na realidade, este instrumento, numa amostra portuguesa, não se comportou, do ponto de vista estatístico, da mesma forma que numa amostra norte-americana.

Tal como no estudo de Hatcher e Gillaspay (2006), em que dois itens haviam saturado em factores distintos daqueles revelados por análises factoriais anteriores (e.g., Tracey & Kokotovic, 1989), no presente estudo não só observámos o mesmo fenómeno (itens com valores de saturação em factores diferentes do esperado), mas também um menor número de factores (em vez de três, dois), e a exclusão hipotética de um item. De seguida, observamos os resultados com mais detalhe. Antes porém, importa destacar a solidez quer dos resultados estatísticos, quer da amostra, pois ambos asseguram as boas qualidades do IAT-RR. No que diz respeito aos resultados estatísticos, os

valores da consistência interna e das análises factoriais podem ser considerados bons. No caso concreto do Alpha de Cronbach, os valores do nosso estudo são concordantes com os valores que têm sido avançados pela literatura (Hatcher & Gillaspay, 2006; Horvath, 1994a).

Quanto à amostra, é de salientar não só o seu tamanho (o qual assegura a confiança na análise factorial realizada), mas sobretudo as suas características, que a tornam numa amostra rica e diversificada. Destacamos três: (1) clientes com média de idades de 30 anos; (2) diversidade e complexidade nas psicopatologias representadas; e, principalmente, (3) processos psicoterapêuticos que sugerem grande qualidade, como julgamos poder concluir das seguintes características:

- mais de metade eram realizados semanal ou quinzenalmente;
- representação de terapias tanto em contexto público como privado;
- quase 75% das terapias ter já mais de cinco sessões efectuadas;
- diversidade nas orientações teóricas, embora a mais prevalente tenha sido a eclética de base cognitivo-comportamental, facto consistente com a maior frequência da terapia cognitivo-comportamental em Portugal (30,2%), tal como revelado pelo *International Study of the Development of Psychotherapists* (Orlinsky *et al.*, 1999; Vasco, Santos & Silva, 2003);
- presença de terapeutas credíveis, atestada por mais de 75% ter idade superior a 30 anos e por mais de metade possuir entre 10 e 19 anos de experiência; realçamos que este último dado se encontra em linha com uma das conclusões de Orlinsky e Howard (1980, como citados em Lambert & Barley, 2002), segundo a qual terapeutas com mais de seis anos de experiência apresentam melhores resultados terapêuticos.

Pensamos que esta amostra representa uma realidade de psicoterapia sólida, robusta e segura, o que, por seu lado, oferece garantias sobre os dados que com ela encontrámos.

A análise factorial exploratória indicou que o IAT-RR possui dois factores, um relativo aos objectivos e tarefas, e outro relativo aos vínculos. Este dado não é novo na literatura. Horvath e Greenberg (1989) já o deixavam antever, a propósito da elevada covariância encontrada entre as subescalas de

Objectivos e Tarefas, nos seus estudos de desenvolvimento do WAI. Hatcher e Barends (1996) encontraram, com o WAI original, de 36 itens, uma estrutura composta por dois factores, um englobando tarefas e objectivos, e o outro representando os vínculos. Andrusyna e colegas (2001) verificaram que o WAI-S apresentava também dois factores, o “concordância/confiança” (itens relativos aos objectivos e às tarefas, acrescidos do item 5³³) e o “relação” (itens relativos aos vínculos, com excepção do item 5). Ou seja, há algumas evidências empíricas que apontam para que o elemento relacional da aliança (vínculos) seja claramente distinto dos outros elementos, referentes às tarefas e aos objectivos. A literatura tem avançado uma explicação para esta observação, que se prende com a natural proximidade teórica entre os conceitos de “objectivos” e de “tarefas” da psicoterapia. Parece ser difícil distinguir os itens dos Objectivos e das Tarefas, pois todos se parecem referir aproximadamente ao mesmo conceito, na medida em “que as tarefas são amiúde realizadas para se alcançar os objectivos” (Corbière *et al.*, 2006, p.43). Com efeito, os dois referem-se a aspectos práticos e técnicos da terapia, os quais se focalizam nos procedimentos conducentes à melhoria sintomática e à mudança pessoal. Neste sentido, é de esperar uma considerável interdependência, e até alguma sobreposição, entre ambos. Entre estas duas dimensões e a dimensão dos vínculos existe, pois, uma diferenciação muito clara, já que a última se centra exclusivamente nos aspectos relacionais da terapia. A propósito dos dois factores que encontraram no seu estudo em contexto de terapia cognitivo-comportamental, Andrusyna e colegas (2001) afirmam parecer razoável que os clientes associem as tarefas e os objectivos, assim que comecem a trabalhar activamente na terapia, de acordo com o racional em que ela se baseia:

o objectivo de mudar pensamentos irracionais, por exemplo, e a tarefa de trabalhar nos pensamentos irracionais parecem explicitamente relacionadas, explicando possivelmente porque os itens das Tarefas e dos Objectivos podem co-variá e resultar num factor separado na Terapia Cognitivo-Comportamental, independente do factor Relacionamento. (Andrusyna *et al.*, 2001, p.177)

³³ Renovamos a nota de que este item 5 não corresponde ao item 5 do WAI-SR (Hatcher & Gillaspay, 2006) e, portanto, do IAT-RR. Vide Nota 29 do Ponto 4.2.2..

Assim, pode de facto ter acontecido que os sujeitos do estudo tenham assumido os aspectos relativos aos objectivos e às tarefas como uma única faceta do trabalho terapêutico, por contraste com a faceta relacional implícita na dimensão dos vínculos. A ser verdadeira, esta hipótese parece insinuar que a aliança terapêutica, tal como é avaliada por este instrumento, tem menos a ver com o modelo de Bordin (1979), que postula as três dimensões consideradas, do que com o de Luborsky (1994), que a conceptualiza em duas fases. De acordo com este último autor, a aliança do Tipo I é caracterizada por aspectos que se relacionam com aqueles avaliados pelo factor Vínculos, ao passo que a aliança do Tipo II se define por aspectos relacionados com os itens dos factores Objectivos e Tarefas.

Além desta possível interpretação, encontrada na literatura, pensamos poder enunciar uma outra, circunscrita às características da nossa amostra. Com efeito, a maioria dos sujeitos – mais concretamente, 73.3% – respondeu ao IAT-RR na sexta ou depois da sexta sessão de psicoterapia, ou seja, num momento do processo psicoterapêutico em que os objectivos da terapia, em teoria, estão já bem definidos, e portanto os dados obtidos poderão denotar pouca sensibilidade à diferenciação entre objectivos e tarefas. De facto, a literatura indica que o trabalho capital de construção da relação terapêutica decorre até à quinta sessão, sendo que é entre a terceira e a quinta que se estabelece uma boa relação terapêutica (Horvath, 2000). Ora, apenas 5.2% dos sujeitos preencheu o IAT-RR na primeira ou na segunda sessão, altura da terapia em que talvez a diferenciação entre objectivos e tarefas seja mais sensível. De notar ainda que muita da investigação utilizando o *Working Alliance Inventory* em qualquer das suas versões assenta em dados recolhidos após a primeira, ou a segunda e terceiras sessões, podendo nesses casos, e ao contrário do que aconteceu no presente estudo, haver maior distinção entre aquelas duas dimensões. Os resultados do nosso estudo poderão representar, assim, uma resposta ao desafio lançado por Horvath (2005), de investigar fases mais avançadas da terapia, de forma a conhecer as mudanças que as mesmas operem sobre a qualidade e características da relação terapêutica. Com efeito, os nossos dados podem significar que em fases avançadas da terapia, a distinção entre objectivos e tarefas já não se verifica ou não é uma questão relevante. Concluindo, o facto de praticamente 75% da amostra ter

ultrapassado a fronteira da quinta sessão do processo terapêutico poderá também ter contribuído para a junção, num mesmo factor, das dimensões *Objectivos* e *Tarefas*.

Ao forçar a análise estatística a isolar três factores, de acordo com o modelo teórico subjacente ao inventário, voltámos a não confirmar a estrutura factorial definida por Hatcher e Gillaspay (2006). Com efeito, o Factor I, que na análise anterior incluía todos os itens referentes aos *Objectivos* e *Tarefas*, perde três dos itens referentes às *Tarefas* para um novo factor, e mantém um dos itens das *Tarefas*. A inclusão “forçada” deste último item, porém, faria o Factor I perder consistência interna. O Quadro II.3.1 mostra a distribuição factorial dos itens encontrada no presente estudo, por comparação com o estudo de Hatcher e Gillaspay (2006).

Quadro II.3.1.

Distribuição dos itens da WAI-SR/IAT-RR por factores

Hatcher e Gillaspay (2006)	Presente estudo	
	Sem forçar factores	Forçando três factores
Tarefas		Tarefas
1, 2, 10, 12*	Tarefas & Objectivos	1, 2, 10
Objectivos	1, 2, 4, 6*, 8, 10, 11, 1*2	Objectivos & Tarefa
4, 6*, 8, 11		4, 6*, 8, 11, 1*2
Vínculos	Vínculos	Vínculos
3*, 5*, 7*, 9*	3, 7, 9,	3, 7, 9

NOTA: * - itens invertidos

Como interpretar este duplo dado: por um lado, a troca de itens entre as dimensões *Objectivos* e *Tarefas*, e, por outro, a quase imutabilidade do factor *Vínculos*, em todas as análises realizadas? Pensamos que a resposta a esta questão implica a consideração de dois planos interpretativos, um referente ao instrumento em si, e outro referente ao conceito de aliança terapêutica proposto por Bordin (1979). No que respeita ao instrumento, em concreto a versão portuguesa do WAI-SR, talvez seja de admitir que a melhor estrutura factorial aponte para dois factores, tal como temos vindo a argumentar. No que respeita ao conceito de aliança terapêutica, os resultados do nosso estudo parecem constituir argumento a favor da bidimensionalidade do conceito.

Apesar de Bordin (1979) ter diferenciado três dimensões no conceito de aliança terapêutica, a investigação empírica subsequente relativa ao instrumento que procurou captar a sua construção teórica – o WAI – nem sempre confirmou essa tridimensionalidade, como já referimos. Importa, no entanto, distinguir as dimensões teóricas do conceito dos factores estatísticos do instrumento. O facto dos resultados empíricos agregarem Objectivos e Tarefas num mesmo factor – como os do nosso estudo – não significa que eles não sejam factores distintos, mas apenas que covariam e são fortemente independentes do outro factor (Andrusyna *et al.*, 2001). Os resultados do presente estudo apontam para que a aliança terapêutica, tal como é medida pela versão reduzida e revista do WAI, não seja nem unidimensional, nem tridimensional, mas sim bidimensional. Este estudo revela que só os itens dos Vínculos se mantêm inalterados – exceptuando a discussão em torno da exclusão do item 5 – nas análises efectuadas, o que parece demonstrar que esta dimensão existe de facto, ao contrário das outras duas, tão intermutáveis que talvez sejam, na realidade, uma só.

A exclusão do item 5 nas análises realizadas constitui um dado novo na literatura. Num certo sentido, parece que o item 5 é “rejeitado” pelas análises estatísticas efectuadas neste estudo; ou seja, o próprio inventário aparenta querer “rejeitar” um dos seus itens. Acresce ao interesse inerente a este acontecimento o facto daquele item se referir ao respeito mútuo em psicoterapia. Olhando para os resultados, parece que os sujeitos que participaram no estudo não consideraram o respeito mútuo como um aspecto pertinente na aliança terapêutica. Com efeito, o item 5 apresenta valores de saturação sempre muito baixos, o que revela o seu pouco peso na escala. Este dado resulta da reduzida sensibilidade do item. De facto, nenhum sujeito respondeu nos extremos negativos da escala de Likert ao item 5, isto é, não houve nenhum cliente de psicoterapia que participou no estudo a considerar que só “ocasionalmente” ou até “raramente” havia respeito mútuo entre si e o seu terapeuta. Mais: 90.2% das respostas a este item foram “Sempre” (extremo positivo da escala). As respostas, concluindo, ancoraram praticamente num único ponto.

Este resultado poderá não ser tão estranho como aparenta, se atendermos à possível representação social da relação terapêutica em

Portugal. A psicoterapia é, com efeito, uma prática relativamente recente, e por isso ainda pouco conhecida. Parece-nos verosímil, portanto, que ela seja concebida, do ponto de vista cultural, por comparação a uma realidade aproximada e já socialmente interiorizada, como é o caso da relação médico-doente. Esta relação, assimétrica por natureza (Mota-Cardoso, 1980), pressupõe o respeito mútuo e, mais ainda talvez, o respeito (no limite, deferência e submissão) do doente ao seu médico. Assim, pode acontecer que os clientes de psicoterapia transportem para esse contexto os *scripts* sociais emanados da relação médico-doente. Neste sentido, este factor cultural poderá tornar de tal forma evidente e garantido *a priori* o respeito mútuo, que não faça sentido considerá-lo ou inquiri-lo. Por outro lado, a maior parte da amostra (73.3%) realizou já seis, ou mais, sessões de psicoterapia, o que significa que clientes e terapeutas terão já negociado as questões sensíveis relativas ao respeito mútuo. Nestes casos, o respeito mútuo pode ser já uma questão satisfatoriamente assegurada. A confirmar-se esta hipótese explicativa, estaríamos na presença de uma clara alteração da natureza da relação terapêutica, em virtude da evolução da terapia – em fases mais avançadas, o respeito mútuo já não é uma característica sensível na definição da aliança terapêutica, e portanto será um aspecto distintivo apenas relativamente a fases iniciais da terapia. Este facto poderia também vir ao encontro de um dos quatro desafios à investigação lançados por Horvath (2005), em concreto o de estudar as mudanças na qualidade da relação terapêutica provocadas pelo desenvolvimento temporal da psicoterapia.

No que respeita à fidelidade do IAT-RR, os resultados revelam valores do Alpha de Cronbach sólidos, apresentando o instrumento níveis de consistência interna adequados, o que nos oferece confiança quanto à sua fidelidade. Por outro lado, a manutenção da estrutura factorial da escala original – isto é, integrando os itens nos factores definidos por Hatcher e Gillaspy (2006) – não afectaria significativamente a consistência interna das subescalas (a da escala total mantém-se sempre inalterada).

Este estudo pode sofrer de três limitações. A primeira limitação pode resultar de uma das suas pretensas qualidades, e que se prende com o facto da amostra ser naturalista. As amostras naturalistas são recolhidas em psicoterapias em contexto “real”, isto é, sem o controlo metodológico das

terapias avaliadas na maior parte dos estudos empíricos. Seligman (como citado em Vasco, Santos & Silva, 2003) caracteriza as terapias “naturalistas”, por oposição às de ensaios clínicos, como sendo (1) de uma maneira geral, mais longas e sem duração fixa, (2) com alteração das estratégias terapêuticas ao longo do processo, (3) mais definidas pelos clientes que pelos terapeutas, no que respeita às estratégias e ao modelo de intervenção (4) constituídas por maior número de quadros de comorbilidade, e (5) mais orientadas para as melhorias no funcionamento global dos clientes, que para a redução sintomática específica. Como a nossa amostra se inscreve neste tipo de terapias, ela não sofreu qualquer manipulação metodológica. Em concreto, os terapeutas não receberam qualquer informação ou treino acerca do modelo subjacente ao questionário que lhes pedimos para passar aos seus clientes. Pode ter acontecido, então, que eles não tenham sido capazes de diferenciar, na relação terapêutica, o que era do domínio dos objectivos, e o que era do domínio das tarefas. Esta limitação poder-se-ia suprir reproduzindo o estudo com amostras metodologicamente controladas. Uma segunda limitação prende-se com o tamanho reduzido da escala utilizada. Com efeito, os 12 itens podem ter sido insuficientes para garantir mais segurança nos resultados obtidos. Esta limitação poderia ser ultrapassada num estudo conjunto com a escala original, de 36 itens, como antes referimos. A terceira limitação refere-se à estratégia analítica utilizada. Nós optámos por reproduzir a análise factorial dos autores do WAI-SR; contudo, vários autores (e.g., Gaston, 1990) sugerem que a melhor estratégia para análise factorial é a confirmatória, e não a exploratória. Esta última permite a extracção dos itens, ao passo que a confirmatória possibilita o teste estatístico de um modelo teórico prévio (Pestana & Gageiro, 2003), o que talvez se justificasse mais neste caso. Uma forma de colmatar esta limitação seria reproduzir o estudo, optando dessa feita por uma análise confirmatória.

Resumindo; as características da amostra e os resultados estatísticos permitem conclusões com alguma segurança e tanto atestam a qualidade do instrumento estudado, como reflectem a formulação teórica que esteve na origem do mesmo. Neste estudo de exploração factorial do WAI-SR numa amostra portuguesa, sobressaem três dados principais: (1) o IAT-RR não mantém os mesmos factores que o WAI-SR; (2) pode-se considerar que o IAT-

RR é constituído por duas subescalas e, por essa via, argumentar a favor da bidimensionalidade do conceito de aliança terapêutica; e (3) pode fazer sentido ponderar-se a exclusão do item 5, relativo ao respeito mútuo. Futuras investigações utilizando o IAT-RR poderão acrescentar dados relevantes a estas conclusões, em particular se o inventário for respondido nas primeiras sessões, já que a maioria da nossa amostra o fez depois da quinta (na sexta sessão e posteriores). Nesta circunstância, será possível estabelecer paralelos que possibilitem aclarar a estrutura factorial do IAT-RR. Se ela apresentar três factores, quando os dados são recolhidos no início da terapia, então podemos suspeitar que o inventário (e o conceito de aliança terapêutica) é afectado pela evolução da terapia, já que em etapas posteriores (como no caso da nossa amostra) não há distinção entre objectivos e tarefas. Se, pelo contrário, ulteriores estudos com dados recolhidos nas primeiras 5 sessões revelarem dois factores, como neste estudo, teremos um reforço à razão das duas subescalas. Essa será também a forma de manter e clarificar a discussão em torno da multidimensionalidade do conceito de aliança terapêutica, a partir de dados de amostras portuguesas – outros estudos com o IAT-RR poderão oferecer, de facto, argumentos de confirmação ou rejeição das duas dimensões. De igual modo, a questão da hipotética exclusão do item 5 poderá ser esclarecida em futuras investigações que realizem análises factoriais. Nesta questão particular, julgamos até que se poderiam acrescentar algumas questões para avaliar a forma como os clientes representam a relação terapêutica. Dessa maneira, poderíamos perceber melhor se a “desconsideração” do respeito mútuo é, tal como supusemos, sinal de que é um dado garantido. Por outro lado, se o crivo de novos estudos, com dados recolhidos até à 5.^a consulta, mostrar que o respeito mútuo é sensível no início da terapia, teremos um argumento poderoso a favor da mudança no conceito de aliança terapêutica decorrente da evolução da terapia, tal como enunciámos hipoteticamente acima – com a evolução da terapia, e tendo o respeito mútuo sido alcançado, deixa de fazer sentido questioná-lo. Uma outra estratégia relevante para confirmar ou infirmar estas conclusões consistiria no estudo cruzado do IAT-RR com o IAT. Os resultados com a versão original deste inventário poderiam fornecer mais confiança a estas conclusões, uma vez que ele possui mais itens.

Conclusão

O IAT-RR apresenta boas propriedades psicométricas no que respeita à sensibilidade dos seus itens, à sua estrutura factorial, e à sua fidelidade. A escala pode, portanto, ser usada na investigação com amostras portuguesas, podendo a comunidade científica beneficiar da maior facilidade na sua utilização, por comparação com o IAT, mais extenso. As características factoriais da IAT-RR, por seu lado, aparentam alimentar de modo pertinente a discussão relativa à natureza multidimensional do conceito de aliança terapêutica, bem como às alterações que a aliança pode sofrer em fases mais avançadas da psicoterapia.

Como conclusão final, desejaríamos acentuar a concretização do objectivo prático que presidiu a este estudo, e que se prende com a disponibilização de um instrumento internacionalmente credível, agora reestruturado numa versão mais curta e com melhores características psicométricas. Gostaríamos de ver o nosso estudo como um contributo – modesto mas válido – para a intensificação da investigação empírica nacional da aliança terapêutica e da psicoterapia. Por um lado, a uma maior e melhor produção científica nesta área, corresponderá certamente uma melhor prática clínica e uma melhor formação de novos psicoterapeutas. Por outro lado, o fortalecimento da investigação reforçará o suporte empírico à psicoterapia, possibilitando que ela permaneça sendo – com maior segurança e mais intensidade – uma prática apaixonante.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4.ª Ed., Revisão de texto)* (J.N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi. (obra original publicada 2000)
- Andrusyna, T.P., Tang, T.Z., DeRubeis, R.J., & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the Working Alliance Inventory in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 173-178.
- Arnkoff, D.B., Victor, B.J., & Glass, C.R. (1993). Empirical research on factors in psychotherapeutic change. In G. Stricker & J.R. Gold (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 27-42). New York: Plenum Press.
- Barber, J.P., Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., Thase, M.E., Weiss, R., Frank, A., et al.. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 9, (1), 54-73.
- Beitman, B.D. (1981). Pharmacotherapy as an intervention during the stages of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 35, (2), 206-214.
- Beutler, L.E., & Harwood, T.M. (2002). What is and can be attributed to the therapeutic relationship? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, (1), 25-33.
- Black, S., Hardy, G., Turpin, G., & e Parry, G. (2005). Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 78, 363–377.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, (3), 252-260.
- Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York: John Wiley & Sons.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 130, 421-431.
- Bowlby, J. (1992). *A secure base*. London: Tavistock/Routledge.
- Brockman, R. (2001). *Um mapa da mente: Para uma ciência da psicoterapia* (J.G.F. Brasil, Trad.). Lisboa: Fim de Século (obra original publicada 1998)
- Buber, M. (1969). *Je et tu* (G. Bianquis, Trad.). Paris: Aubier (obra original publicada 1923).

- Busseri, M.A., & Tyler, J.D. (2003). Interchangeability of the Working Alliance Inventory and Working Alliance Inventory, Short Form. *Psychological Assessment*, 15, (2), 193–197.
- Carroll, L. (2000). *Alice no país das maravilhas* (V. Azancot, Trad.). Linda-a-Velha: Abril/Controljournal (obra original publicada 1865).
- Casey, L.M., Oei, T.P.S., & Newcombe, P.A. (2005). Looking beyond the negatives: A time period analysis of positive cognitions, negative cognitions, and working alliance in cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research*, 15, (1-2), 55-68.
- Caspar, F., Grossmann, C., Unmüssig, C., & Schramm, E. (2005). Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychotherapy Research*, 15, (1-2), 91-102.
- Castonguay, L.G., Constantino, M.J., & Holtforth, M.G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, (3), 271–279.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J., & Hayes, A.M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, (3), 497-504.
- Cecero, J.J., Fenton, L.R., Nich, C., Frankforter, T.L., & Carroll, K.M. (2001). Focus on therapeutic alliance: the psychometric properties of six measures across three treatments. *Psychotherapy*, 38, (1), 1-11.
- Clemence, A.J., Hilsenroth, M.J., Ackerman, S.J., Strassle, C.J., & Handler, L. (2005). Facets of the therapeutic alliance and perceived progress in psychotherapy: Relationship between patient and therapist perspectives. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 443-454.
- Coe, R. (2002). *It's the effect size, stupid! What effect size is and why it is important*. Paper presented at the Annual Conference of the British Educational Research Association, University of Exeter, England, 12-14 September. Acedido em: <http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/00002182.htm>
- Cohn, F. (2001). Existencial medicine: Martin Buber and physician-patient relationships. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 21, 170-181.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema*, 16, (4), 702-705.
- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., e Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15, (1), 36-45.
- Corrigan, J.D., Dell, D.M., Lewis, K.N., & Schmidt, L.D. (1980). Counseling as a social influence process: A review. *Journal of Counseling Psychology Monograph*, 27, (4), 395-441.

- Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B.C., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, (3), 280–285.
- de Roten, Y., Fischer, M., Drapeau, M., Beretta, V., Kramer, U., Favre, N., & Despland, J.-N. (2004). Is one assessment enough? Patterns of helping alliance development and outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 324–331.
- Dias, C.A. (1983). *Espaço e relação terapêutica*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A., Claud, D.A., Reynolds, L.R., Brown, J., & Johnson, L.D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, (1), 3-12.
- Edideco (2003, Março/Abril). Psicoterapias no divã. *Teste Saúde*, 42, 18-22.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Feeley, M., DeRubeis, R.J., & Gelfand, L.A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, (4), 578-582.
- Fenton, L.R., Cecero, J.J., Nich, C., Frankforter, T.L., & Carroll, K.M. (2001). Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 262-268.
- Fitzpatrick, M.R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15, (1-2), 69-79.
- Frank, J.D., & Frank, J.B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd Ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (1958a). The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed. e Trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 97-108). London: Hogarth Press. (Obra original publicada 1912)
- Freud, S. (1958b). On beginning the treatment (further recommendations on the technique of psycho-analysis). In J. Strachey (Ed. e Trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 121-144). London: Hogarth Press. (Obra original publicada 1913)
- Fuertes, J.N., Mislouack, A., Brown, S., Gur-Arie, S., Wilkinson, S., & Gelso, C.J. (2007). Correlates of the real relationship in psychotherapy: A study of dyads. *Psychotherapy Research*, 17, (4), 423-430.
- Garfield, S.L. (1980). *Psychotherapy, an eclectic approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, (2), 143-153.

- Gaston, L., & Marmar, C.R. (1994). In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 85-108). New York: John Wiley & Sons.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.-G., & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8, (2), 190-209.
- Gelso, C.J. (2006). Working alliance: Current status and future directions. Editor's introduction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, (3), 257.
- Gelso, C.J., & Carter, J.A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, (3), 296-306.
- Gibbons, M.B.C., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J.P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13, (1), 59-76.
- Goffman, E. (2001). *Manicômios, prisões e conventos (7.ª Ed.)* (D.M. Leite, Trad.). São Paulo: Perspectiva (obra original publicada 1961).
- Gold, J.R. (1993). The therapeutic interaction in psychotherapy integration. In G. Stricker & J.R. Gold (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 525-531). New York: Plenum Press.
- Goldman, G.A., & Anderson, T. (2007). Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 54, (2), 111–117.
- Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, (5), 1023-1035.
- Greenson, R.R. (1967). *The technique and practice of psycho-analysis*. London: Hogarth Press.
- Grencavage, L.M., & Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, (5), 372-378.
- Hall, E.T. (1986). *A dimensão oculta* (M.S. Pereira, Trad.). Lisboa: Relógio D'Água (obra original publicada 1966).
- Hatcher, R.L., & Barends, A.W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, (6), 1326-1336.
- Hatcher, R.L., & Barends, A.W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, (3), 292–299.

- Hatcher, R.L., & Gillaspy, J.A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16, (1), 12-25.
- Henry, W.P., & Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 51-84). New York: John Wiley & Sons.
- Heppner, P.P., & Heesacker, M. (1982). Interpersonal influence process in real-Life counseling: Investigating client perceptions, counselor experience level, and counselor power over time. *Journal of Counseling Psychology*, 29, (3), 215-223.
- Hietanen, O.M., & Punamäki, R.-L. (2006). Attachment and early working alliance in adult psychiatric inpatients. *Journal of Mental Health*, 15, (4), 423–435.
- Horvath, A.O. (1994a). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The Working Alliance Inventory perspective. In A.O. Horvath e L.S. Greenberg (Eds). *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (pp.109-128). New York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A.O. (1994b). Research on the alliance. In A.O. Horvath e L.S. Greenberg (Eds). *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (pp.259-286). New York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A.O. (2000). The therapeutic relationship: from transference to alliance. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 56, (2), 163-173.
- Horvath, A.O. (2001). The alliance. *Psychotherapy*, 38, (4), 365-372.
- Horvath, A.O. (2005). The therapeutic relationship: research and theory. *Psychotherapy Research*, 15 (1- 2), 3-7.
- Horvath, A.O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, (3), 258–263.
- Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp.37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, (2), 223-233.
- Horvath, A.O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, (4), 561-573.
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, (2), 139-149.
- Jennings, L., & Skovholt, T.M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46, (1), 3-11.

- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kivlighan, Jr., D.M. (2007). Where is the relationship in research on the alliance? Two methods for analyzing dyadic data. *Journal of Counseling Psychology*, 54, (4), 423-433.
- Kivlighan, Jr., D.M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47, (3), 362-371.
- Krupnick, J.L., Sotsky, S.M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., *et al.* (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, (3), 532-539.
- LaCrosse, M.B. (1977). Comparative perceptions of counselor behavior: A replication and extension. *Journal of Counseling Psychology*, 24, (6), 464-471.
- LaCrosse, M.B. (1980). Perceived counselor social influence and counselling outcomes: Validity of the Counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology*, 27, (4), 320-327.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp.17-32). New York: Oxford University Press.
- Ligiéro, D.P., & Gelso, C.J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contributions. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 39, (1), 3-11.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 38-50). New York: John Wiley & Sons.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T.P., Levitt, J.T., Seligman, D.A., *et al.* (2003). Are some psychotherapies much more effective than others? *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5, (4), 455-460.
- Machado, P. P., & Horvath, A. (1999). Inventário da Aliança Terapêutica: versão portuguesa do Working Alliance Inventory. In M.R. Simões, L.S. Almeida, M. Gonçalves (Eds). *Provas psicológicas em Portugal (Vol. 2)*. Braga: SHO
- Mahrer, A.R., & Johnston, C. (2002). Promising new developments in the therapist-client relationship: A philosophy of science review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, (1), 3-24.
- Mallinckrodt, B. (1996). Change in working alliance, social support, and psychological symptoms in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 43, (4), 448-455.

- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10, (3), 239–266.
- Mallinckrodt, B., & Nelson, M.L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38, (2), 133-138.
- Mallinckrodt, B., Porter, M.J., & Kivlighan, Jr., D.M. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, (1), 85-100.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, (3), 438-450.
- Meier, P.S, Donmall, M.C., Barrowclough, C., McElduff, P., & Heller, R.F. (2005). Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction*, 100, 500-511.
- Meissner, W.W. (2006). The therapeutic alliance - A Proteus in disguise. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, (3), 264–270.
- Mota-Cardoso (1980). Componentes não-verbais da relação médico-doente. *Psiquiatria Clínica*, 1 Supl. (1), 13-19.
- Mota-Cardoso, R. (2000). *Relação terapêutica*. Seminário organizado pela Delegação Regional do Centro do Instituto da Droga e da Toxicodependência, Março a Junho (transparências não publicadas).
- Norcross, J.C. (2002a). Empirically supported therapy relationships. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp.3-16). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. (2002b). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp.441-443). New York: Oxford University Press.
- Nuttall, J. (2002). Modes of therapeutic relationship in brief dynamic psychotherapy. *Psychodynamic Practice*, 8, (4), 505-523.
- O'Hanlon, B (1998). Possibility therapy: An inclusive, collaborative, solution-based model of therapy. In M.F. Hoyt (Ed.), *The Handbook of Constructive Therapies: Innovative Approaches from Leading Practitioners* (pp.137-158). San Francisco: Jossey-Bass.
- Öjehagen, A. Berglund, M., & Hansson, L. (1997). The relationship between helping alliance and outcome in outpatient treatment of alcoholics: A comparative study of psychiatric treatment and multimodal behavioural therapy. *Alcohol & Alcoholism*, 32, (3), 241-249.

- Orlinsky, D., Ambühl, H., Rønnestad, M., Davis, J., Gerin, P., Davis, M. *et al.* (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9, (2), 127-153.
- Orlinsky, D.E., & Rønnestad, M.H. (2000). Ironies in the history of psychotherapy research: Rogers, Bordin, and the shape of things that came. *Journal of Clinical Psychology*, 56, (7), 841–851.
- Osborne, J. & Costello, A.B. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10(7). Acedido em: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=10&n=7>
- Pereira, A. (2004). *Guia prática da utilização do SPSS: análise de dados para ciências sociais e psicologia* (5.^a Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, T., Lock, J., & Oggins, J. (2006). Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, (8), 677-684.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (3.^a Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Puschner, B., Bauer, S., Horowitz, L.M., & Kordy, H. (2004). The relationship between interpersonal problems and the helping alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 61, (4), 415-429.
- Raue, P.J., Castonguay, L.G., & Goldfried, M.R. (1993). The working alliance: A comparison of two therapies. *Psychotherapy Research*, 3, (3), 197-207.
- Rector, N.A., Zuroff, D.C., & Segal, Z.V. (1999). Cognitive change and the therapeutic alliance: The role of technical and nontechnical factors in cognitive therapy. *Psychotherapy*, 36, (4), 320-328.
- Rennie, D.L. (2000). Aspects of the client's conscious control of the psychotherapeutic process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, (2), 151-167.
- Rogers, C.R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*, 1, 415-422.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, (2), 95-103.
- Rogers, C.R. (1974). *Terapia centrada no cliente* (M.C. Ferreira, Trad.). Lisboa : Moraes Editores (obra original publicada 1951).
- Rogers, C.R. (1980). *Tornar-se pessoa* (5.^a edição) (M.J.C. Ferreira, Trad.). Lisboa: Moraes Editores (Obra original publicada 1961).
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000a). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.

- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000b). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 56, (2), 233-243.
- Safran, J.D., & Muran, J.C., (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, (3), 286–291.
- Safran, J.D., & Segal, Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basis Books.
- Safran, J.D., & Wallner, L.K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment*, 3, (2), 188-195.
- Safran, J.D., Muran, J.C., & Samstag, L.W (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 225-255). New York: John Wiley & Sons.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp.235-254). New York: Oxford University Press.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., & Winston, A. (2005). Evaluating alliance-focused intervention for potential treatment failures: A feasibility study and descriptive analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, (4), 512-531.
- Salgado, J. & Gonçalves, M. M. (2007). The dialogical self: Social, personal and (un)conscious. In A. Rosa & J. Valsiner (Eds.), *The Cambridge handbook of socio-cultural psychology* (pp. 608-621). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Samstag, L.W. (2006). The working alliance in psychotherapy: An overview of the invited papers in the special section. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, (3), 300–307.
- Samstag, L.W., Batchelder, A.T., Muran, J.C., Safran, J.D., & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 126–143.
- Saunders, S.M. (2001). Pretreatment correlates of the therapeutic bond. *Journal of Clinical Psychology*, 57, (12), 1339-1352.
- Schönberger, M., Humle, F., & Teasdale, T.W. (2006). The development of the therapeutic working alliance, patients' awareness and their compliance during the process of brain injury rehabilitation. *Brain Injury*, 20, (4), 445-454.
- Sexton, H., Littauer, H., Sexton, A., & Tømmera, E. (2005). Building an alliance: Early therapy process and the client-therapist connection. *Psychotherapy Research*, 15, (1-2), 103-116.

- Stevens, C.L., Muran, J.C., Safran, J.D., Gorman, B.S., & Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61, (2), 109-129.
- Stiles, W. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, (1), 1-21.
- Stiles, W.B., Agnew-Davies, R., Barkham, M., Culverwell, A., Goldfried, M.R., Halstead, J., et al.. (2002). Convergent validity of the Agnew Relationship Measure and the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 14, (2), 209-220.
- Stiles, W.B., Agnew-Davies, R., Hardy, G.E., Barkham, M., & Shapiro, D.A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, (5), 791-802.
- Strauss, J.L., & Johnson, S.L. (2006). Role of treatment alliance in the clinical management of bipolar disorder: Stronger alliances prospectively predict fewer manic symptoms. *Psychiatry Research*, 145, 215-223.
- Strong, S.R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15, (3), 216-224.
- Strupp, H.H. (1998). The Vanderbilt I study revisited. *Psychotherapy Research*, 8, (1), 17-23.
- Strupp, H.H., & Butler, S.F. (1990). Psychotherapy. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (pp.3-16). New York: John Wiley & Sons.
- Tang, T.Z., & DeRubeis, R.J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, (6), 894-904.
- Tracey, T.J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, (3), 207-210.
- Vasco, A.B., Santos, O., & Silva, F. (2003). Psicoterapia sim! Eficácia, efectividade e psicoterapeutas (em Portugal). *Psicologia*, 17, (2), 485-495.
- Vasco, A.B., Silva, F., & Chambel, J. (2001). Visões do mundo do terapeuta e do cliente: Impacte na aliança terapêutica. *Psicologia*, 15, (2), 299-308.
- Vieira, A.B. (1980). A relação médico-doente numa perspectiva etológica. *Psiquiatria Clínica*, 1, Supl. (1): 13-19.
- Watson, J.C., & Geller, S.M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15, (1-2), 25-33.
- Weinberger, J. (1993). Common factors in psychotherapy. In G. Stricker & J.R. Gold (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 43-56). New York: Plenum Press.

- Weiss, M., Gaston, L., Propst, A., Wisebord, S., & Zicherman, V. (1997). The role of the alliance in the pharmacological treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, (5), 196-204.
- White, M. (1994). Deconstruction and therapy. In D. Epston & M. White (Eds.), *Experience, contradiction, narrative, and imagination (2nd Ed.)* (pp.109-152). Adelaide: Dulwich Centre.